

لَوْ كُنْتُ وَزِيراً لِلصِّحَّةِ

تأليف: سامر جابر بشير

استشارة لغوية: عبد الحميد فخري

الطبعة الأولى الالكترونية

كانون الثاني/يناير 2016

الْفِهْرِس

إهْدَاء

لَم أُحسن يوماً التعبير عن شعوري بالحب والامتنان لأمي، فلطالما أظهرتُ لها الجفاء فتُبادلني حُبا، ولطالما أبديتُ سوء التصرف؛ فترُدّه لي إرشاداً ودعماً. إلى أمي التي عانت في كل شيء علَّمتني إياه، فتناسيته أنا عن عَمدٍ نكراناً لها، وتناسَته هي تَرفُّقاً بي. إلى أمي التي لم تحجر عليّ فِكراً، ولم تُكبِّل لي أملاً. إلى من ضَحّت بحياتها لتَفخر بي مع كل نجاح، وتدعمني مع كل فشل، أهديك يا أمي بعضاً مما تعلمت منك؛ حب الإصلاح ونكران الذات.

عَنِ الْمُؤَلِّف

أنا طبيبٌ استشاري في طبّ وجراحة الأعين، متخصّصٌ في جراحة الشبكية. لا يهم أن تعرف أكثر عني، ولكن المهم أن تعلم بأني مثلك، وأننا مثل كل الأطباء الذين يبحثون عن الـمُنتهى في حياتهم، فسَخِّر حياتك للبحث عن الكنز والظفر بالنجاح. ولا تَنْسَ أنني أُرحّب بتواصلك معي، سواء بالنقد أو التعديل، وكذا بالاقتراح على بريدي الإلكتروني التالي: kuntabebn@gmail.com

كما أحب دعوتك لقراءة كتابي الأول "كُن طبيباً ناجحاً" وهو متوفر للتحميل على الرابط التالي:



كَلِمَةُ شُكْرْ

﴿وَقَالُوا الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَٰذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ لَوْلَا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ﴾، أمّا بعد،

فلِكلّ نجاحٍ شكرٌ وتقديرٌ، وأودّ هنا أن أتقدم بجزيل الشّكر إلى كل من ساهم في إخراج هذا العمل إلى نور الوجود، سواء من قريبٍ أو من بعيدٍ، من علِمتُ منهم، ومَن لَم أعلم، إلى كل الشموع التي تحترِق لتنير لنا الطريق، جزاكم الله كل خير.

و هنا أخص بالشكر الأستاذ عبد الحميد فخري على تكرُّمه بمراجعة وتدقيق الكتاب لغويا. بالإمكان التواصل معه على الايميل التالي: abcrso@gmail.com

حُقُوقُ النَّشْرِ

هذا الكتاب مفتوح الحقوق فيما يَتعلّق بالنسخ، الطباعة والاقتباس، بل حتى أنني لا أبالي إن وضعتَ اسمك عليه، وتَكسّبت من نشره، فما يهمّني هو انتشار محتوى الكتاب، لا اشتهار كاتبه.

الْمُقَدِّمَة

ما معنى أن تكون وزيراً للصِّحَّة؟ سألت نفسي مئات المرات لأَخلُص إلى إجابةٍ نموذجيةٍ، فلم أجد للأسف ما يُمكِّنني من الوصول إلى استنتاج. ولِكي تَتَّخذ أي قرار يجب أن تكون عندك معطياتٌ لتُعمِل فيها فكرك ثم تصل إلى استنتاجات، وهذا للأسف مفقودٌ إلى جانب الكثير من الأشياء في عالمنا العربي. كما أنه لا توجد مدارسٌ، ولا شهاداتُ تأهيلٍ للوزراء، ولا حتى قواعد ليُحتذى بها، إلا بما جِيء به قبلهم من الفساد وسوء الإدارة. نعم سيادة الوزير، لا يوجد تعريفٌ وظيفي لمنصب سيادتك؛ بل هناك فقط وَصفٌ عُرْفي والباقي يُترك لاجتهادك. كما أعتذر مسبقا على مخاطبتي لك على أساس أنك رجل، فإن كنتِ امرأة فلا أَملك لكِ إلا الاعتذار، حيث أن اللغة العربية لا تتيح التحايل على الضمائر لتناسب الجنسين.

أغلب الظن أنه ربما قد تم تكليفك لأنك قد خضت التجربة من قبل، أو لأن الرئيس يثق بك، أو لأنك تنتمي إلى حزبٍ ويجب أن تنال بعض المقاعد لتشارك في الحكومة. هكذا وببساطة، وخلال أيامٍ معدودةٍ تشكلت الوزارة. ولكن، ما هو برنامج هذه الحكومة؟ وما هو برنامج كل وزيرٍ على حده؟ وهل تمت مناقشة هذه البرامج سواء مع ممثلي الشعب أو مع الشعب مباشرةً عبر وسائل الإعلام؟ هل يعرف المواطن ماذا يُنتظَر من كل وزير؟ أغلب الظن - أيضاً - أن العملية كلها ارتجاليةٌ ولا تستند إلى مرجعية، وفي أحسن الأحوال هي وزارة ردودِ أفعالٍ لِما يحدث في البلاد أو في العالم.

عندما أمعنت النظر في نظام الغرب الصحي وجدت أن وزير الصِّحَّة عادةً ما يكون ممثِّلاً عن الشعب في برلماناتهم (ليس بطبيب)، ووظيفته تكاد لا تتعدى مراقبة النظام - القائم أصلاً - حتى أن بعض الدول تُشرك الداخلية مع الصِّحَّة وتضيفهما إلى وزارةٍ ثالثةٍ أهم منهما؛ كالبيئة أو البحث العلمي. أما عندنا نحن، فكل شيء يجري عكس التيار، وكأنه خُلق هكذا. من السهل أن تمرض، والأسهل منه أن تموت، هكذا قضاءً وقدراً، أو حتى كمداً وقهراً. كما أنه من الطبيعي جدّاً أن تكون الصِّحَّة والستر هما جل مطالب الجماهير بدلاً عن العيش الكريم والرفاهية.

في ظل غياب التخطيط والوعي الحاضر للتحديات القائمة والمستقبلية، فإن الدولة ككُلّ تصبح قليلة الحيلة وغير قادرةٍ على السيطرة؛

لا على مقدراتها، ولا على قُدرتها لتحسين الوضع الصِّحّي للدولة، فيصبح حينئذ الاستسلام للقضاء والقدر سِمة الموقف، بل وسياسة الوزارة. فلا معارف متراكمة تُمهد للتغير، ولا أدوات متاحة تستطيع تغيير مجريات الأمور، أو حتَّى فهمها وتفسيرها ومن ثَمّ التعامل معها على أُسسٍ راسخةٍ. تصبح عندئذ السياسة الرسمية عِبارةً عن محاولاتٍ لا تنقطع لإدارة أزمات متلاحقة، من أجل تقليل الخسائر وتخفيف الأضرار، حتَّى ولو إعلامياً ليبدو الأمر وكأن شيئاً ما يَتِمّ بذله، في حين أن ما يحصل على أرض الواقع ما هو إلا محاولة التشبث بالمنصب وإطالة عمر الوزارة حتى ينتهي أجلها. ما يؤسفني الاعتراف به أن الوزير شخصياً يعلم أن مرحلة ما بعد الوزارة من أسئلة ومحاسبات لن تأتي أبدا، ولن يطالِب بها حتَّى من سيأتي بعده، بل سيُلقي اللوم تلقائيا - على من سبق بدون ذكر للأسماء - كمحاولة لترسيخ مبدأ "عَفَا الله عما سلف" وهو حق يراد به أصل الباطل.

يمكن للمتابع المتمرِّس بكل سهولةٍ أن يستشف من الأحداث المؤيّدَ منها لما سبق. فالعمل بطريقة ردود الأفعال مسألةٌ قديمة كالدهر عندنا، وهذا باختصار يعني عدم القيام بأي شيء حتى تفرض الضرورة التصرف. تمعَّن في سياسات التداوي لتجد أمثلةً شديدة التكرار إلى حد الملل؛ فيروسٌ طارئ يقتل أطباء الطوارئ بفشل الجهاز التنفسي وكأنما هبط للتو من الفضاء، فيُصدر الوزير أمراً عاجلا بمحاولة استيراد كماماتٍ واقية من الغبار لا من الفيروسات، ليَشيع الذعر في البلد فترة من الزمن، ثم تموت القصة بعد ذلك مع من اختار الله من الناس والشهداء، وليس كل من مات بشهيد.

كم مرّة سمعت عن دواء فاسد في السوق أدى إلى وفاة العشرات؟ ما يجب أن يحدث هو مراجعةٌ شاملة لإجراءات التصنيع أو الاستيراد، وتمحيصٌ لآليات المراقبة على كل الأصعدة. ما يحدث دائماً على النقيض؛ وهو الأمر العاجل بمنع الدواء كله – جديده و قديمه، جيده و فاسده - نهائياً عن كل الناس عبر سحبه من السوق. لا أحد يسأل ما حل بالأمر بعد ذلك، ولا كيف تسرب ذات الدواء إلى نفس البلد مَرّةً أخرى، لأن ذاكرتنا كالأسماك، بل هي أضعف وأقصر. هذا ما يُجسده مثل شعبي عراقي "نفس العضَّة من نفس الكلب بنفس الشارع".

كم مرة سمعنا عن اختلال موازين المنظومة الطبية لمرضٍ عضالٍ كالسرطان، ولكن لا شيء يحدث، حتَّى تُسمعنا مذيعة مستنيرة بأنه قد تم اكتشاف مزيجٍ سحري جديد لعلاج سرطانٍ قديم بل مستفحل، فيأمر سعادة الوزير بإقامة معامل لتصنيعه مُحدثاً صخباً، بل وبلبلة في الرأي العام لشهر أو يكاد، حتَّى يُنسي العامّة ما كان من أمر السرطان والدواء، بل وحتَّى مصنعه العامر. حسنا ماذا يفعل المرء إن أراد أن يصبح وزيراً؟ أَرْبَأ بك وأنت القارئ المثقف أن ترنو إلى هكذا منصبٍ موبوء عندنا، لقلة ما يستطيع الوزير إنجازه بسبب انعدام الهمة وكثرة المعوقات. وإذا كان الوضع هكذا فَلِمَ نقرأ كتاباً كهذا؟

الجواب أن مثل هذا الجهد البسيط لا يُعدّ ترفاً فكرياً، ولا نموذجياً كجمهورية أفلاطون؛ بل محاولة للخروج من فلك البؤس الصحي الحالي لجميع الدول العربية حتى الغنية منها، بل والمتخمة منها بالأطباء. إن المرَض جهلٌ بالأساس، ولم يُنزل الله من مرضٍ في هذا الكَوْن، إلا جعل له دواء، ونحن مرضى فكرٍ ومبادئ أوّلاً، ثم مرضى أعضاء وأنفس ثانيا. وسواء كان وزير الصِّحَّة يحمل شهادةً طبية أو لا، فالأمر سيان، لأن وظيفته في الأساس إداريةٌ بحتة وليست علاجية. المهم، البرنامج والتنفيذ على أرض الواقع.

لو أحصينا عدد الوزارات التي تشكلت في أي بلد عربيٍّ واحدٍ منذ ثلاثين عاماً حتَّى اليوم لوجدنا عدداً وكَمّاً هائلين، ولو أحصينا عدد الأمراض التي تم القضاء عليها في نفس المدة، ربما لا نحصي إلا العدد الخجول. بل وعلى الضفة الأخرى، نجد كَمّاً هائلاً من الأمراض الجديدة أُضيفت إلى القديمة وحصلت على جنسية البلد لتتخذا مقراتٍ لها، فلا فكاك منها ولا خلاص. فدودة الإنكلستوما وطفيليات البلهارسيا، كانوا موجودين أيام حكم الدولة العثمانية وما زالوا إلى حد كتابة هذه السطور.

إن هذا الكتاب يحاول رَسْم أقل ما يجب أن يُفعل من قِبل أي وزيرٍ للصِحَّة في بلادنا، لكي نرفع عنه العباءة ونزيل عنه التقديس، ولكي نُريه أن العمل يجب أن يكون مدروساً وعلى أسس تضمن صِحَّة المجتمع. هذا الكتاب يهدف أساساً إلى إبراز قصور مُعظم وزارات الصِّحَّة في عالمنا العربي، والتي أنهكت الخزائن بدون أي إنجازات تُذكر على المنظور التاريخي القريب.

لقد أخذ هذا الكتاب بضعاً من الأشهر حتى ينضج ويختمر، ثم بضعاً أخرى حتى يُكتب، لكن الأكيد أنه يحتاج إلى من يُضحي بحياته حتى يطبقه في ظل واقعنا الحالك الظلمة. وهنا يجب أن لا نقبل أعذارا تبرر صعوبة المهمة، ولا مدى انحدار المستوى أو استحالة الترقي، فما أوصلنا لهذا إلا من سبق من وزراء كان جُلّ همهم الحصول على اللقب؛ كمن ينقصه الكثير من تقدير الذات.

بعد قراءتك الكتاب، لن تجد حلاً سحرياً للخلاص من الجهل الضَّارب الأَطْناب، ولكنك ستعرف على الأقل أن طبيباً واحداً بفكرٍ بسيطٍ، يستطيع أن يرسم خُطةً متواضعة لإصلاح الخلل الصحي في بلداننا، فما بالك بوزير يسيطر على الملايين من مقدرات الشعب! يمتلك جيشاً من الخبراء والمساعدين، وفي حوزته مئات الخطط التطويرية! لكنه يَخْلد إلى النوم تاركاً السفينة تغرق لبضع سنوات، مُتحمّلاً مسؤولية آلاف الأرواح المنتقلة إلى ربها، وأضعافهم يشتكون إلى الله قلَّة حيلتهم، بينما الملايين صامتون يعانون من كل جرثومةٍ عضوية ونفسية، ليصبح مجتمعنا الزاخر بالشباب مستنقعا للمرض وموحلاً بالجهل والفاقة.

كما نهدف إلى تفنيد حجج وزيرنا العديدة في كتابنا البسيط المُبسَّط هذا، حتى يَصعُب الأمر على كل من تُسوِّل له نفسه اعتلاء هذا الكرسي والركون إلى الراحة لبضع سنوات معتمداً على سياسات شكلية وفوضى مقننة. ولكي أكون منصفاً معك أيها القارئ الكريم،

فأنا لم أكُن يوماً وزيراً ولا حتى موظفاً في أي وزارة صِحَّة من قبل، كما أنني أؤكد لك أنه بإمكانك أن تكون أَقْدَر مني، بل ومن أي وزيرٍ إذا أخلصت النية، واعتمدت على معطياتك للنزوح من فلك الجهل والمرض الذي ندور فيه منذ عقود.

الْفَصْلُ الْأَوَّل:

الْوَضْعُ الصِّحِّيُّ الْحَالِي

مبروك! فلقد تقلدت منصباً هاماً وأصبحت وزير الدولة لشؤون الصِّحَّة؛ خبرٌ يعني الكثير لك ولأسرتك، حيث ستحظى سيادتك بتغطيةٍ إخبارية مميزة، وحراسةٍ شخصية مسلحة على مدار الساعة، لأن شخصك المهم مُعرّضٌ للخطر في كل الأوقات.

ما يجب أن تعلمه أنك أصبحت وِجهةً لدعاوي المظلومين، المرضى والعاجزين، ومتحملاً لمسؤولية عديمي الشكوى من المدمنين وحاملي الأمراض، بالإضافة إلى المعاقين. إنك قد أصبحت هدفاً لكُلِّ مشتكٍ وطالبِ علاجٍ، ومتحملاً لمسؤوليةٍ عظيمةٍ تبدأ بالوقاية من الأوبئة، وتنتهي بصفقاتٍ أغلى من السلاح.

إذا كنت تحسب أن خبر تنصيبك مهمٌّ فأنت محقٌّ لأنك ومع أول موجة وباء، أو شحنة دواءٍ فاسد، ستصبح شماعةً يستخدمك من وَلّاك لتصد عنه سيل الشتائم والشكايات. أنت الآن تجلس في كرسي أَخْضَع مِن قبلِك الكثيرَ لأسبابٍ غاية في الوجاهة، لكن أمامك فترة من الزمن قبل أن يبدأ الهجوم. أنصحك بأن تُمعن التفكير مليا فيما ينتظرك، وإن كنت لا تقوى على المواجهة، فالفرار الآن أفضل من التعنت والتظاهر بأنك قادرٌ على السيطرة.

قبل أن تفعل شيئاً، أطلب منك أن تجتمع ببعض رجالات مكتبك حتى تفهم كيف فسد من قبلك من حَمَلة اللقب، وكيف تتم صناعة الفرعون الإله في بلداننا العربية. أطلب منك أن تستمع لعبارات المديح حتى قبل أن يعرفوا من أنت. أغلب الظن أنك طبيبٌ بالمهنة، فحاول أن تُصنِّف مُدراء مكتبك، وَوُكلاء وزارتك إلى من هو صالح للاستخدام، من هو منتهي الصلاحية، من هو واجب للبتر فورا، ممن هو مخصصٌ لاستعمالٍ وحيد فقط. أنا هنا أرجوك أن لا تعطي للسن أو الدرجة الوظيفية أو حتى لعدد الأولاد أدنى اهتمام، فَلِكَي تُحسن الصنع يجب أن تتخلص من الكثير من مصاصي الدماء والمفسدين في الأرض.

الخطوة التالية هي محاولة فهم الوضع المزري القائم حالياً. وأقول "محاولة" لأنه على درجة من العبثية بمكان أن يطلق عليه اسم نظام من الأساس. إن الفساد مُسْتَشْرٍ في جميع المفاصل، بل وعلى مستوى الخلايا، وأزعم أنه غير قابلٍ للعلاج إلاّ باستئصال معظمه. ولا يمكن معالجة الموجود أصلاً إلا بمعرفة تفاصيل فساده، فالنظام الصحي موحد تقريباً في دولنا العربية، ويتكون من مستشفياتٍ تابعة لوزارة الصِّحَّة، مستشفيات جامعية، طب خاص ومستشفيات تابعة للقوات المسلحة، لذلك سنتناول كُلّاً منها بشرحٍ موجز.

الوحدات العلاجية الأولية

تتكون منظومة وزارة الصِّحَّة من مراكز ووَحداتٍ صحيةٍ أوليةٍ مقسمةٍ على البلدات الصغيرة والقرى، وهي غاية في سوء التنظيم والتزويد، لدرجة أنها لا يُستَبَعد أن تكون مرتعاً للجهل. فمبناها المتهالك غير صحيّ التصميمِ أو الهيئة، وموظفوها من أطباء وممرضين غير مؤهلين لعلاج أي شيء سوى بعض حالات الحمى والصداع، ولا يوجد بصيدلياتها ولا حتى المُسكِّنات، لأن معظم العاملين بها يستخدمون المضادات الحيوية ويتهادون بالفيتامينات، ويُصبِّرون أنفسهم بالمسكنات. هذا ينتج عنه نشرٌ للجهل وتأخيرُ العلاج المناسب حتى تستفحل الحالات ثم تُحوَّل إلى الأخصائي. كما أن هذه المراكز تقوم برعاية الطفولة عن طريق التطعيمات، والتوليد أحياناً إذا وُجدت قَابلة. هذه القابلة وزميلتها الممرضة هما اللتان تتحكمان في سير الأمور؛ لأنهما يمسكان بمخزون الصيدلية ويقرران من يرى الطبيب ومن يموت من ليلته. في الدول الأغنى يكون الأطباء العاميون معظم الكادحين، لكن القُرى عندنا تعاني كما يعاني البقية والفَرق محصورٌ بالمدن.

مستشفيات العناية الثانوية

هذه عبارة عن مستشفى واحدٍ لكل مدينة - وأحياناً لكل مقاطعةٍ - حيث يحوي عدداً من التخصصات الأساسية، ويقوم بتشغيله طبقة الأخصائيين وقليلٌ من الاستشاريين. في النظام الصحي المتكامل يُشكِّل المستشفى الثانوي قمة العناية الصحية الحكومية المجانية، وبالتالي يتم الاعتماد عليه في خدمة الأقاليم والمحافظات. تحتاج مثل هذه المستشفيات للكثير من المال لتشغيلها، ويذهب معظمه على مناقصاتٍ للأدوية، ورواتب للأطباء ولجيش الممرضين، وتكمن مشكلة هذه المستشفيات في سوء الإدارة من قِبل المدير المشابه للوزير، لكنه يتحكم في رقعةٍ أقلَّ حجماً، ويُلقي باللوم على كل من عداه كلما سنحت له الفرصة؛ فمن فوقه يلقون إليه بالأوامر، وما هو إلا عبد المأمور، ومَن تحته لا يُحسنون إلا الشكوى والتذمر. كما أن القوة التشغيلية دائماً أقل من المطلوب، نتيجةً لقلة المهن المساعدة؛ فطبيب العظام يفحص ويُجَبِّر ويُجري الجراحة، وربما قام بالعلاج الطبيعي أيضاً لينتج عنه قِصَر في تقديم الخدمات لعامة المرضى وطول قائمة الانتظار. كما أن مدير المستشفى قد يلجأ إلى موازنة العجز بتقليص عدد الأطباء أو مُرَتّباتهم مما يزيد الطين بلّه.

هنا يرتع أول مستوى للفساد الإداري؛ العلامات على ذلك كثير، وأولها تبدأ بإحلال نصف كادر التوظيف بذوي القرابة من مختلف الدرجات تدريجياً حتَّى ينحصر معظم الموظفين ضمن نفس العائلة أو القبيلة أو العِرْق. العلامة الثانية تبرز في قلة المؤونة والعدد في كافة أنحاء المستشفى، مقابل الفخامة والبذخ في مكتب المدير ذي الثلاث سكرتيرات. يعرف الجميع بمدى الفساد، وتطفو كل حين

وآخر شكوى، لكن يتم وَأْدها ليزداد المدير شراسةً وعنفاً.

كما أنه كلما بعدت هذه المستشفيات عن مركز العاصمة، كلما تدهور عتادها وعدتها، وكأَن القائمين على الأمر أشد الناس معرفة بانعدام المُساءلة. لقد قمت برصد نموذج في أربع بلدان عربيةٍ حيث تَقَصَّيت عن المستشفى الثانوي في ثاني أكبر مدينة لكل دولة، ووَجدت متلازمة الفساد والإهمال كقانون مطبق. هنا أخذت قسم المستعجلات "الطوارئ" وقسم النساء والولادة لما يمثّلان من خدمات صحيةٍ ضرورية. بعض هذه المستشفيات تستقبل المرضى من سبعة أقاليم أحياناً، مما يضع ضغطاً كبيراً من الحالات الصعبة على عددٍ قليلٍ من الأخصائيين إضافةً إلى ضعفٍ في الرقابة.

هذا المزيج دائماً يُفضي إلى كوارث تجتاح الصحف كفضائح كل حين وآخر، وبكل المستشفيات الداخلة في الرصد تَبَيَّن وجود عددٍ كبيرٍ من بلطجية الأطباء، وهُم من قاموا بتوظيف المستشفى لحسابهم؛ فالعمليات بسعرٍ معروفٍ يأخذه الممرض لحساب الطبيب ويُقسم لاحقاً على الجميع. هنا يموت من لا يدفع أو لا يمتلك، فالأمر سيان. ولكي يفهم المريض أنه لا بد من الدفع، تقوم منظومة البلطجة بالتالي: تعقيد الإجراءات الإدارية؛ حيث يُجبَر المرضى أو ذوُوهم للقيام بسبع لفات، أحياناً إلى خارج القسم وأحياناً القيام بلفاتٍ فراغيةٍ لا تُفضي لشيء إلا للشعور بالضياع والقلق. يتم هذا بالتزامن مع التلكؤ في تقديم الخدمات الأولية، مع تكدسٍ شديدٍ للمرضى على الأَسِرَّة ونَقْصٍ حاد في المستلزمات. هُنا تنقسم معظم شعوبنا العربية إلى قسمين: قِسْمٌ يريد أخذ حقه بيده لينتج عنه فوضى واشتباكات، وقِسْمٌ يستسلم ويبحث عن ممرضٍ يُسَلِّك له الأمور.

لقد وصل الحال إلى تصوير أطباء وجَرّاحين يطالبون بأجرٍ للعلاج داخل مشافي حكومية مجانية، ومن تَمّ بثها على اليوتيوب حتى تُتيح للكل - ما عدا وزيرنا الهمام - التعرف على مدى تغلغل البلطجة الطبية. لسنا نتحدث عن عملياتٍ معقدَّة أو زرع أعضاء، بل مسائل روتينية، كفيديو رأيته بنفسي لطبيبة توليد طالبت بالمبلغ من دون خجل حتى تحجز موعداً للولادة.

المستشفيات الجامعية

كل جامعة بها كلية للطب يجب أن يكون بها مستشفى طبي ليتدرب الأطباء على أصول المهنة. ففي بلدان العالم أجمع تكون هذه المباني مركبات فضائية تشع بالعلم والبحث العلمي وتأهيل النَّشء، أما عندنا فهي مصممة لتخريج الجهلة من حملة الرسائل والدرجات بدون أجهزة أو حتى تدريبٍ كافٍ، لتكون النتيجة هي استغلال المريض الهارب من لظى وزارة الصِّحَّة إلى لهيب الاستهلاك في مثل

هكذا منشآت. ولإقرار الحق فإن بعض هذه المستشفيات قد لا تكون تحت إدارة وزارة الصِّحَّة أساساً، بل تابعةً لوزارة التعليم العالي! السبب مادي بالأساس، فالموازنة تأتي من هناك، وبالتالي فوزارة التعليم العالي لها نصيبٌ من إفساد صحتنا أيضاً. هذه لن تكون تحت تصرفك إلّا إذا خُضت حرباً ضروساً للوصاية عليها، والأفضل تركها لحالها حتَّى تُحسن التصرف فيما تحت يدك ويقضي الله أمراً كان مفعولا.

التأمين الصحي

بعض الدول العربية ابتدعت نظاما خلّاقاً للعلاج على نفقة التأمين الصحي المُستقطَع من الموظفين المرهقين أصلاً، وكان الأساس أن تستثمر الوزارة أموالها في مشاريع إنتاجية ببلداننا حتى يتم صرفها على الرعاية الصحية المرهقة مالياً. ما حدث هو سوء في التخطيط، وسوء في الإدارة مسبوقان بسوءٍ في النية. فعندما لَم تعرف الوزارة كيفية إدارة أموالها أصلاً، قامت بإرسال مبالغ التأمين إلى البنوك حتى تديرها بفائدةٍ ثابتةٍ ألغت كل بقيةٍ للبركة فيها. هنا صارت مستشفيات التأمين نسخةً من باقي مستشفيات الصِّحَّة لدرجة أنك لا تَقدر على التفرقة بينهم إن لم تُعِرِ الوصف اهتماماً، وكأنها استنسخت الفشل رغم وجود استقطاعات التأمين التي أصبحت تُعامَل كضرائب أوّلاً وأخيراً. هنا يبدأ الفساد المالي حيث يصب كنز الأموال في البنوك بفائدةٍ في جيب المنتفعين لا في ميزانية الوزارة، وبالتالي فكلما قَلَّ الصَّرف منها على الصحة -كما هو مفترض -كلما تكدست الأموال بالحسابات والصناديق الخاصة.

مستشفيات القوات المسلحة

لا تقع هذه المؤسسات تحت نطاق إشرافك، وهذا من حسن حظنا لأن الجيش يغدق عليها الإنفاق وتتحكم أنظمته في إدارتها. الأمر ممتاز إذاً! كلا فهي لا تخدم كافة فئات الشعب وتُقدِّم خدماتها بامتيازاتٍ تتعلق بالرُّتب؛ فزوجة العميد لا تُعامَل كأم الجندي، كما أن أطباءها ليسوا على درايةٍ تامة بأساليب العلاج وبخاصة المُزمن منها الذي يحتاج إلى احترافيةٍ عالية؛ كزراعة الأعضاء والقلب والأوعية الدقيقة. هناك دائماً تفاوتٌ كبير بين دولةٍ وأخرى عندما يتعلق الأمر بالجيوش العربية، وينعكس هذا على مستشفياتهم، لكن المؤكد أن الوضع الصحي فيها محصور، وإن ساهم، فهو لا يعتبر إمداداً صحيّاً للشعب بمعنى الكلمة.

عشت فترة من الوقت ببلد عربي ما فتئ البرلمان يطالب بفتح المستشفى العسكري لعلاج المدنيين، حتى كان رد الجيش عليهم "تشطروا على مستشفيات وزارة الصحة". الحق هنا يقال بأن الجيش بتركيبته يعاني من مشاكل تبدأ بتنفيذٍ أعمى للأوامر يقتل

الطموح واضطهادٍ للرُّتب الدنيا. كما أن الطبيب إذا حمل رتبة عالية أصبح فوق نطاق المحاسبة ويستطيع تثبيت قواعد عمل غير أخلاقيةٍ أحياناً، منها تقديم رُتَبٍ على رتب في ترتيب إجراء العمليات، وحجز غرفٍ فارهة للرتب العليا على حساب تكدس الجنود في عنابر. حتى مع توفر الأجهزة والإمكانات، فإن مستشفيات الجيش لا يمكنها تحقيق توازنٍ صحي سليم بمفردها. هذا لا يعني أن ينعدم التنسيق بين ما تحاول إصلاحه من أمر مستشفياتك وتلك التابعة له، حيث أن كلاً منكما بإمكانه سد النقص الموجود عند الآخر بطريقةٍ أو بأخرى، لكني رأيت مَيَلاناً من كافة رتب الجيش للانعزال، وهذا متفهم، لكن من السهل تغييره مستقبلاً.

الطب الخاص

بعدما فشلت الوزارة في إدارة ما تملك سَعت إلى إفساد ما لا تملك، فَنَصَّت قوانين ممارسة المهنة النموذجية على كل صغيرةٍ وكبيرةٍ عندما يتعلق الأمر بالرسوم والضرائب، بينما خلت من أي ذِكر لتنظيم الممارسة أو حتى تطبيقها إن وجدت على استحياء. انتشر الطب الخاص في بلداننا كالهشيم مُحدثاً فقراً مدقعاً ودافعا للتجارة بصِحَّة المجتمع، وهنا أصبح كل من يريد الثراء الفاحش الالتحاق بكلية الطب وأصبح كل طبيبٍ مشروع ذئب؛ فإن دَفعتَ تعالجت، وإن لم تملك فالله حَسْبُك ونصيرك.

إن انعدام رقابة الوزارة على الطب الخاص أدى لتجاوزاتٍ مهنيةٍ جسيمةٍ، ولحرمان المريض من أي حقوقٍ في الحصول على علاجٍ صحيحٍ ومعتمد. نفس المرض يُشخَّص بعدد مَن استشرت مِن الأطباء، ولكل شيخٍ طريقته؛ فلا تطابق لدواء ولا حتى بتحاليل مخبرية مُوَّصَّلة بمعايير. هل تعلم أنه بمعظم الدول العربية توجد تسعيرةٌ موحدةٌ للخدمات الطبية الخاصة، لكنها لا تُطبق ولا يُعترف بوجودها حتى!؟

المهن المساعدة

عندما تسأل عن ما يمكن للشخص عمله في القطاع الصحي - عدا كونه طبيباً - لا تجد إلا وظيفتين أو ثلاث على أقصى تقدير؛ فهناك الطبيب وهناك الممرض. ماذا عن المُجَبِّر؟ القابلة القانونية؟ أخصائي التغذية؟ أو المعالج الطبيعي؟ ماذا عن مسؤول المعايير؟ وهل يوجد مُصوِّرٌ طبي؟ أو حتى مُنسق علاقات المرضى؟ هل الباحث الاجتماعي موجود؟ ماذا عن الفاحص البصري أو الإحصائي الطبي أو مساعد العلاج التنفسي؟ هناك الكثير من المهن المساعدة التي انقرضت، والمئات الأخريات لم تُستحدَث.

إن اقتصار الخدمة الطبية على الطبيب يتطلب الكثير من الأطباء الذين يصعب تأهيلهم، والمفروض توجيه اهتمامهم للعناية بالحالات الصعبة أو الجراحية. في بلداننا يقوم جزء من كادر التمريض بالمهمة أحياناً عن طيب خاطر، ومُكرَهاً أحياناً أخرى، لكن بدون تدريبٍ أو شهادةٍ تضمن جودة العلاج في كل الحالات. حدثني طبيب مرة عن سيدة تشغل وظيفة "رئيسة ممرضات" ابتدأت مشوارها الطويل بتنظيف المراحيض، وظلت تملأ السلم الوظيفي كلما سنحت فرصة بلا أي شهادات أو حتى إشراف.

هيكلية وزارة الصِّحَّة

عندما تلقي نظرة فاحصة على كيفية تسيير أعمال الوزارة سيتضح لك أن لها هيكلاً متيناً من الدهاليز والطرق المسدودة بلجانٍ عقيمة. الأمر تماماً كشبكات طُرُق قديمة؛ كلما جاء وزير للطُّرق أمر بنبش طريقٍ وتمديد خطوط صرف صحي وتَمَّ ردم المحفور ردما سيئا. ثم جاء آخرون ليُعمِلوا معاولهم كُلٌّ على حدة من أجل وضع المزيد من التمديدات أسفله، فبات الطريق معوجّاً وربما مسدود النهاية لا يوصل إلى أي مكان، بينما تقبع تحته الكثير من العقبات والمشاكل المستعصية على الحل. مما يزيد الطين بلّةً انفجار أحدها كل فترة لتطفو العيوب على السطح برهةً ثم تُنسى مع ما تَعَوَّد العرب على نسيانه.

اللجان موجودةٌ لكنها غير فعالة، وتستنزف المال كدودةٍ شريطيةٍ عملاقة. الموظفون متواجدون لكنهم لا ينجزون أعمالهم إلا بمقدار الموافقة على مباني مغلفةٍ بالرخام أو أُذونات شراءٍ لكمياتٍ وهميةٍ من أدويةٍ لا يفقهون ماهيتها، فأقسام المراقبة تبتز كل من أرسله الله تحت رحمتها. القوانين موجودةٌ ومتضادة، لكنها تُفعّل في الاتجاه الذي يخدم مصلحة منظومة الفساد، ولو أمعنت النظر جيّداً في التركيب المدهش، لعرفت أن المافيا داخل الوزارة قد عملت بجدٍّ طوال عقود لخلق منظومة فساد متكاملة.

لنأخذ مثالاً مأخوذاً من الهيئة الوطنية للإحصاء في بلدك لإظهار الدليل على ترهل وتشابك الهيكل لوزارتك. وهنا نستشهد ببلدٍ واحد، حتى تقيس عليه بلدك، فوزارة الصحة يبلغ عدد موظفيها 10 أضعاف أولئك الموجودين في وزارة الصحة الفرنسية برغم تساوي عدد السكان بين البلدين منهم: 292 مديرا عاما، 70 وكيل وزارة، 17 وكيل أول وزارة، 7621 كبير موظفين، 1.6 مليون موظف كادر عام، 35 ألف موظف كادر خاص، إضافة إلى 20 ألف موظفٍ على الصناديق الخاصة. نعم كل هؤلاء موظفون بوزارة صحّةٍ واحدةٍ يستهلكون 26% من مصروفات الموازنة لكل شهر. باقي الأطقم الطبية تستهلك تقريباً 30% مما لا يَترك للخدمة العلاجية نفسها أي مصروفات. إذا كنت لا تصدق هذه الأرقام فلتتأكد بنفسك من حقيقةٍ أثبتتها الهيئة العامة للتعبئة والإحصاء في نفس البلد، تؤكد أن 60% من موظفيك أقرباء للدرجة الثانية من بعضهم البعض. يحدث هذا لتقوية العلاقات داخل المجموعات المتحكمة بالسياسات الداخلية، ولذلك لا تستغرب إن أمعنت النظر في أقسام وزارتك من وجود مناطق نفوذٍ وقواعد عرفيةٍ تضمن

توازن القوى بشكلها الحالي، مما يدل على سياسات ممنهجة صارت قوانين غير مكتوبةٍ سَنَّها من قبلك ووجب عليك اتباعها. كما أن منظومة الموظفين الحكوميين بيروقراطية بحتة، غير مدربة، غير مهنية ولا تعرف سبلاً أخرى لإنجاز العمل. هؤلاء لا ينفع معهم الصراخ أو التعنيف، ولا حتى الجَلْد اليومي في فناء الوزارة. نعرف كلنا بأن الموظف الكفؤ المنجِز لن يأتي إلا حين يصبح الجهاز الحكومي أصغر وأقدر على دفع مرتباتٍ عالية.

فالأمر كما ترى يا سيادة الوزير؛ نحن في وضعٍ صحي صعبٍ للغاية ويمكنك زيارة أي مُنشأةٍ لوزارة الصِّحَّة حتى يُسْمعك الأهالي والمرتادون أصدق الحديث. ولو كنت غير مُصدِّقٍ لي أو للناس فاسأل نفسك: إذا مرضت أنت بشحمك ولحمك ودمك، ففي أي بلدٍ ستعالج نفسك؟

هنا يأتي سؤالٌ ساذجٌ لكنه في محله تماماً: ما الذي أوصلنا إلى هذه الحال؟ الجواب يكمن في خليطٍ من عوامل الفساد يُسكَب في قوالب مُعدّةٍ للإتجار بصِحَّة البشر، والكثير من العبثية، فتسير منظومة الطبابة في بلداننا من سَيّء إلى أسوء، ويتضح عيبها كلما جاءها انحرافٌ بسيطٌ عن الواقع، كفيروسٍ عابرٍ للقارات، أو زلزالٍ هادمٍ للمباني السكنية، أو حتى شجارٍ في الشارع يموت على إثره أغلب المتشاجرين بل وبعض من المتفرجين أيضاً. هنا ستدرك تمام الإدراك أنك لن تعمل وزيراً في مكتبٍ مكيف، بل ستعمل مفتشاً ابتداءً وهذه مصيبةٌ أخرى. هذا يدفعنا إلى تغيير نظرتك - كمسؤولٍ وكوزيرٍ - إلى المواطن، ليس كعبءٍ على الوزارة بل من أجل ترسيخ الاعتبار الأساسي بأنك والوزارة قد وُجِدتما لخدمته ابتداء.

الْفَصْلُ الثَّانِي:

اِقْتِصَادِيَاتُ الْعِلَاجِ

من المفترض أن لا تستغرب البدء بأمور المال حين يتطلب الأمر الإصلاح، فما ابتدأ الفساد إلا كسببٍ لتوليد الأموال، وكما يُقال: كُل الحروب هي حروبٌ اقتصادية. هنا سنشرح بالكثير من التبسيط سبب الفساد في وزارتك، وما عليك إلا تتبع خط سير الأموال.

الفساد الاقتصادي واقتصاديات الفساد

بدايةً أنت تعمل كوزير في بلدان يشكل الاقتصاد الخفي "الأسود، المُخبّأ أو الاقتصاد الموازي" أكثر من 50% أحياناً. مثل هذا الاقتصاد الجبار يعتمد على الفساد بشكلٍ أساسي. إن بلادنا قد تحولت إلى أمثلةٍ تُدرّس كيفية تَغيُّر الفساد من ممارساتٍ فرديةٍ نخبويةٍ إلى تيارٍ عامٍ ومطلبٍ جماهيري، ثم إلى ممارساتٍ مجتمعيةٍ شاملةٍ أو ما يسمى بتنظيم الفساد وتقنينه.

الأساسيات بسيطةٌ للغاية؛ فالأموال تُعطَى لوزارتك من ضمن الميزانية ولك أنت تقسيمها كما يحلو لك. المشكلة أنك ضمن سلسلةٍ طويلةٍ من المنتفعين بهذا المال السائب ويجب عليك إرضاء الكل حتى تواصل العجلة سيرها، ويبقى الحال كما هو عليه مع تغييرٍ طفيفٍ في الوجوه تُمليه مقاييس القوة. بدأ الأمر بالتعلل بأن الفساد موجودٌ في كل العالم وأنه جزءٌ أساسي لاقتصاديات الدول الكبرى، وأنه لا "بيزنس" إلا بتحريك بعض المفاصل الصدئة هنا وهناك لتدور العجلة، ثم تَطوَّر الأمر إلى تناغمٍ مدهشٍ من تروسٍ صغيرةٍ فرديةٍ تسهم في دوران آلة الفساد المُنظَّم بشكلٍ يستحيل معه تغيير النظام بكامله. هنا تَوقَّف وحَدِّق في هذه الآلة العملاقة وهي تهدر مهددةً من يحاول تعطيلها بالفناء، لذلك عليك البدء من الداخل بشكلٍ مدروس حتى لا يعاني الناس المرض والآلام.

عند المزيد من التدقيق الحسابي لعمليات الصرف، ستكتشف أن 60 % من ميزانية الدولة للوزارة تذهب إلى خدماتٍ استشاريةٍ وتأميناتٍ اجتماعيةٍ وخطط البناء وترقيع المرقع المهلهل بحلولٍ تقليديةٍ لا تهدف إلّا إلى شراء المزيد من الوقت والذمم. كيف حدث هذا بالضبط ؟ كيف تحولنا من صراعٍ بين الحق والباطل، إلى فسادٍ مُقنَّنٍ مُنظَّمٍ يعرف الكل فيه أماكنهم وأدوارهم بالضبط، بل ويُتقنون صناعة التدليس والسرقة!؟ البداية من الطبيعة البشرية حيث يحدثنا علماء الطب النفسي والسيكولوجيا عن نظرية "الخصم الإغراقي" أو الزائد، التي تتمحور حول مَيلنا الدائم إلى تفضيل المنفعة القريبة وإن صَغُرت، على المنفعة البعيدة وإن عظمت، والمثل العربي الأصيل "عصفورٌ في اليد خيرٌ من عشرةٍ على الشجرة" يمثل هذا المفهوم جيداً. بمعنى أن الموظف الحكومي يفضل رشوةً قليلةً الآن بدلاً عن انحصار الفساد وتحسن عملة بلده النقدية، فيقل التضخم ويصبح مُرَتّبه مساوياً لقيمة الرشوة المضافة إليه. عند الغرب، وفي الشركات المحكومة بعناية، تقوم القوانين بِحَثّ العامل على الصبر حتى لو لم يكن من هواته. بمعنى أن الرشوة المُجرَّمة والفساد المُحرَّم بقوانين يجبران الجموع على الاستقامة، فينتظر المجتمع بأكمله حتى يتحقق المراد.

أما على الصعيد الشعبي فإن العالم السفلي ارتكز في أغنى الطبقات والتي كانت دائماً تقوم بدور الطالب للملذات والخارق للقوانين، وفي أفقرها القائم على سد متطلبات السوق من الفساد. تدريجياً ومع توجيه دفة الرقابة إلى المعارضين السياسيين والسيطرة التامة على ماكينة الإعلام الحكومي والوحيد، حصل امتزاج للفساد مع باقي طبقات المجتمع بشكلٍ مقننٍ ومدروسٍ لتوسيع القاعدة المستهلكة للخدمات بكافه أنواعها. لم يُخترَع الفساد في بلداننا، لكننا قمنا بإتقان أساليبه وأدخلناها في الموروث الشعبي حتى أننا استصدرنا الفتاوي الدينية المبيحة للموظف بتقبل الرشوة في حال عجز الدولة عن سد رمق أطفاله. نحن احترفنا الفساد حتى أصبحت رحلات العمرة والحج أدوات تستخدم في المفاوضة على الرشوة.

كما أن استمرار سياسات الإفقار الجماعي للطبقات محدودة الدخل - خاصّةً الموظفين والعمال - بحيث تَبقى في سعيٍ حثيثٍ عن لقمة العيش، دفع بكامل الطبقات إلى تعاطي الفساد كمكونٍ أساسيٍ من الرزق وأصبح من غير المستهجن تعاطي الرشاوي. بل أصبح وجود فضيحةٍ مسجلةٍ للموظف - من أجل لي ذراعه فيما بعد - أولويةً ينبغي إثباتها قبل ترقيته إلى منصب حساس أو إلى مفصل من مفاصل الحكم.

ومن هنا امتد الفساد من توفير وسد عجزٍ في الطلب الأساسي، إلى خلق طلبٍ لبضاعةٍ معروضةٍ تدخل ضمنها سياسة التخويف امتداداً لصناعة المرض والوهم والأوبئة. حتى أن أصحاب المستشفيات والمعامل الاستثمارية أصبحوا من الداعمين للإبقاء على فساد منظومة الصحة الحكومية مع تواطئٍ كاملٍ لشركاتٍ متعددة الجنسيات معروفةٍ بجودة التصنيع، لتبيعنا بواقي بضائعها وفرزها الثاني والثالث منه. هنا يتوارد على خاطري مثلٌ بارزٌ في ترابط صناعة أفلام الكرتون والألعاب. ففي سبعينيات العقد الماضي كانت شركات الألعاب تطارد مصنعي الأفلام وتدفع لهم لقاء حقوق تصنيع ألعابٍ تُماثل شخصيات أفلامهم وأبطالها. بعد عشرين سنة تقريباً، التف المصنعون بشركات إنتاجٍ تصمم الأبطال والشخصيات بناءً على منتجٍ قيد التطوير فيُصنع الفيلم على مقاس المنتج. كما أن شركاتٍ مثل ديزني تعلمت أن مبيعاتها من الهدايا والأكواب والملابس والألعاب تدر دخلاً أكبر من تذاكر السينما، لذلك يتم رسم شخصياتٍ جديدةٍ كل عامٍ وطرح المنتجات قبل عرض الفيلم. هنا أيضاً تحول الموظف إلى مستهلكٍ شره ولابد من زيادة الدخل بأي وسيلة ممكنة "مدخول الظل".

رؤية اقتصادية واضحة

عرفنا ولم نكن في حاجة لمعرفة مدى سوء الحال، فهذا معروف بالضرورة للعرب. واطلعتَ سيادة الوزير على ما هو قائم، فما أنت

فاعل لتحسينه؟ قبل الإجابة، أرجوك أن تقرأ المشهد جيّداً لتعرف من أين تؤكل الكتف، فأغلب الظن أنك طبيبٌ وكنت تعلم كل ما قيل سابقاً، وأغلب الظن بما أنك طبيب، فأنت تجهل الكثير عن دورة المال وسياسات العلاج. إن عملك الرئيس هو وضع نظامٍ وتشغيله، مستمداً كل العون الذي تستطيع بكل ما تملك من مال. وهنا تأتي المشكلة الأساسية: توفير المال واستغلاله ليكفي سد حاجات العلاج الباهظة، ففرنسا (الأولى عالمياً في التغطية والجودة الصحية) تنفق 11% من ميزانيتها الضخمة في منظومة العلاج، بينما تنفق الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب 16%. فأنّا لك بالمال؟

أكاد أزعم أن المال موجودٌ دائماً، وأرقام توزيع الميزانية كافيةٌ إن طرح الله فيها البركة، فأحسِن استخدامها وتوزيعها. هذا ينطبق على دولٍ بترولية كما ينطبق على دولٍ تتسول المعونة. إن ما يحدث في الأساس أن المال يأتي وتأتي معه أولوياتٌ لا علاقة لها بالعناية الصحية، فجيش موظفي الوزارة جاهزون لتوزيع الغنيمة. فما جاء وزيرٌ جديدٌ إلا احتاج إلى إنجازات ينجو بها من كتب التاريخ السوداء، ويحصل على عمولةٍ تضمن له التقاعد المريح. ومن أفضل ما يلبي الهدفين السابقين هو بناء مستشفى جديد وبراق يحمل اسم سيادة الوزير ليُهلك من الميزانية ما يمكن، وإذا تبقى شيء منها، يمكن إهلاكه في صفقتين أو أكثر للدواء المستورد أو المحلي. ما نفع مبنى جديد ولا حتى دواءٌ جديدٌ في شعبٍ يعاني من سوء التغذية، ويرزح تحت ثقل أضعف الميكروبات والجراثيم! إننا حتى نعاني من طفيلياتٍ فاقدةٍ لاحترام نفسها منذ نصف قرن. كما أنني رأيت بأم عيني مستشفى حكومي شبه مكتمل البناء ويكسوه الرخام من الداخل، يقبع مهجوراً منذ أربعة عشر عاماً. لا أحد يعرف لماذا لم يستخدم أو حتَّى يؤجر. كل ما أعرفه أن البعض جنوا مالاً حراماً من وراء بنائه.

دَخْل الوزارة وعددٌ ضخمٌ من الهيئات الحكومية يدخل ضمن نطاق حساباتٍ وصناديق خاصّةً لا تخضع للشفافية أو الرقابة والتفتيش المالي لأي جهاز مركزي بصفة منضبطة. السبب يكمن في وجود لوائح داخليةٍ لا تُظهر الوارد والمنصرف في الحسابات الختامية، ولا تخضع لرقابة مندوب وزارة المالية. يتم هذا كله تحت نظامٍ مقننٍ للإفلات من رقابة الهيئات الاقتصادية عن طريق التسجيل الدفتري، حيث تُفبرَك الدفاتر وتُقص وتُلزق، ويَظهر فقط الرصيد آخر العام. نعم، إن وزارتك تُدار كشركةٍ مغلقةٍ ذات مسؤوليةٍ محدودةٍ مملوكةٍ لكل المستويات من القائمين عليها، لا كمؤسسةٍ حكوميةٍ تُعنى بصحة الناس.

هناك إذاً فجواتٌ قانونيةٌ تقابلها فجواتٌ رقابيةٌ، وكلها خُطّط لها بعناية، بحيث لا يَقربها المدققون الماليون من الأساس لأنها غير مُثْبتة. حتى إن تَطاوُل شخصٍ ما ليعرف الحقيقة فلا سبيل له إليها، لأن المصروفات أصبحت تُبنّد بحساباتٍ خاصّةٍ تُعرف بأرقامها، لا بوصفها غير خاضعةٍ للمسح الحكومي الرسمي، ويتم صرف مكافآت للقائمين عليها وعلى كبار المسؤولين حتى بات الحفاظ عليها مقدسا. فمثلاً عندما يتم شراء مستلزماتٍ سلعيةٍ للوزارة، تُسجّل برمز رقم الحساب الخاص الذي لا يعرف أحد لمن يتبع، ومن يملك حق الصرف

منه، بدلاً من أن يُكتب وصف السلعة كثمنٍ لسيارات إسعاف مثلاً. وهنا نسأل ما فائدة الحسابات الخاصة؟! الجواب الشديد البساطة؛ هو تقنين السرقة.

إن المال موجودٌ لكن الفساد ينخر فيه، فلا يُبقي ولا يَذَر، وأولى الخطوات هي التخلص من المفسدين، فلا تتعجل القيام بالخطوات العملاقة دون التأكد من موضع قدميك، وهذا هو خطأ كل الوزراء: الثقة في مديري مكاتبهم، فهم كانوا وما زالوا في مكاتبهم، بينما علقت العديد من الصور للوزراء وأزيلت، وهؤلاء هم أصل البلاء و أول سم سيحاولون سقيه لك هو اقتراح "بناءٌ مبني". يثبت تقرير الاتحاد الدولي للمهندسين الاستشاريين أن صناعة البناء في الوطن العربي هي الأكثر فساداً للأسباب التالية: إضاعة فرص التطوير، إزهاق الموارد والمواد، كوارث بيئية وتغيير معالم السطح، وأخيراً تهديد حياة الناس بشكل مباشر.

كل هذا الإفساد حاصل لأن الإنشاء يتم على أراضٍ غير صالحةٍ، كما يحصل التلاعب بالمناقصات واستخدام مواد غير مطابقةٍ للمواصفات، تعاقدات الباطن الغير تابع للإشراف أو الخاضع للتدقيق؛ مما يؤدي لرشوة الموظفين الحكوميين والمهندسين المشرفين. باختصار فإن صناعة البناء الحكومية عندنا هي أم الخبائث.

دعني أسرد لك قصة مستشفى جامعي بسعة أربع مائة سرير، انتهى إنشاؤه منذ عام، ولما ابتدأ التجهيز بالأجهزة الطبية والأثاث، قام الكادر الطبي بالشكوى من كل شيء. طُلب من لجانٍ خارجيةٍ تمثل كل منها تخصصاً زيارة قسمٍ بالمبنى وكتابة تقريرٍ عما يجب تغييره لتهيئته للعموم، حيث كنت مسؤولاً عن كتابة تقرير قسم العيون فيه. أول ما لاحظت هو مساحة المداخل المهولة وعرض الممرات الشاسع. تَم هذا لإبهار الشخصيات الهامة وإبراز المستشفى إعلامياً، ولكنه كان على حساب حشر العيادات الخارجية مع الصيدلية والطوارئ، بل وحتى الإدارة والحاسب الآلي والملفات فيما تبقى لهم من الطابق الأرضي. في الطوابق التالية، برز سوء التخطيط المتعمد؛ فعيادة الأطفال مُلاصقة للجراحة العامة، وقسم النساء والولادة يتشارك ممرات الانتظار الضيقة مع العيون، كما تم تخصيص الغرف المظلمة للجراحة والباطنة، بينما تم تخصيص تلك الممتلئة شمساً للعيون.

كما أن كل العيادات الخارجية لمستشفى بهذا الحجم احتوت على أربع مراحيض للسيدات ومثلهن للرجال، ولا غرف للصلاة أو حتى قاعات انتظار، ناهيك عن عدم توفر أي مخصصات للمعاقين. من بين التقرير ذي الخمسين صفحة، كان أسوأ ما لفت انتباهي هو مداخل الصيانة للمكيفات من داخل العيادات، بحيث يضطر العمال لمشاركة الطبيب ومرضاه الحجرات والمداخل. بعد تحقيقٍ قصيرٍ مع الشركة المصممة للمبنى - شركة أسترالية متخصصة بتصميم المستشفيات - تبين أنه قد طُلب منها تجاهل قواعد العمل الهندسي ومسلماته، لوضع عقباتٍ متعمدةٍ تضمن حصول المقاول على عقود إصلاح فيما بعد وتضمن استحالة استخدامه على وضعه الحالي.

باختصار طُلب من المهندسين تفصيل خريطتين؛ الأولى بعيوب تُنفذ الآن، والثانية لإصلاح تلك العيوب المتعمدة. تَطلَّب المستشفى الكثير من التدمير، والبناءُ استغرق عاماً كاملاً بدأ بعده في خدمة الناس. لم يدخل أحدٌ إلى السجن أو حتى يحاسب، ولم يرفع أحدٌ قضيةً في أستراليا على الشركة المصممة، لكن أكثر ما أثار حنقي هو إسناد الإصلاحات لنفس الاستشاري وشركات المقاولة الأصلية بحجة أنهم أدرى بما تم أكثر من غيرهم. إذا لم يكن هذا فساداً، فما الفسادُ إذاً؟!

إذا أردت اللجوء إلى لغة الأرقام التي لا تعرف الكذب أو التجمل، فستغرق في التفاصيل المملة والتي تشير بكل وضوحٍ إلى وفرة المال ابتداءً، وعَجْزٍ مُركَّبٍ انتهاءً، وفجواتٍ أكبر من الثقوب السوداء الكونية في كل مكان. صُمِّم النظام أصلاً كمتاهةٍ هي أقرب إلى جحر أرنب.

المصاريف الحالية

لكل قرشٍ صُرِف دليل على مسلكه الذي سلك وإن غُمم عليك، لكنه موجودٌ ويستطيع الخبراء تقفي أثره واستخراجه. المصاريف الحالية لوزارتك يجب أن تُراجَع قرشاً بقرشٍ لتعلم كم من ثقوب الفساد ينخر ميزانيتك وستكتشف أن الكثير يذهب لقاء خدمات لا تحتاجها أو لم تعد قائمةً أصلاً. ومن أهمها مصاريف لاستشاريين من أجل تخطيط مبانٍ أو أنظمةٍ صحيةٍ أو خدماتٍ استشاريةٍ لا تعرف لها مسمى. ومنها نقودٌ تُصرَف كل شهرٍ لوزاراتٍ أخرى نظير استخدام ممتلكاتها أو خدمات ما عادت تُقدَّم أصلاً. إيقافك لسيل النقود الممتد من خزانة الوزارة سيدق أعلى الأجراس بوجود مشكلةٍ تهدد نظام الفساد، وسيتدافع عليك المدراء لإيهامك بمدى فداحة أفعالك، فلا تقلق أنت بخير، فالمكائد لم يبدأ وقتها بعد.

ربما ستجد العديد من عقود الصيانة لمبانٍ ومنشآتٍ ما عادت قائمةً، وتجديداتٍ سنويةً لأجهزةٍ كهلت منذ عقودٍ مضت. ولا أظنك قادراً على المراجعة بنفسك، فاستعن بالله، ثم بشركات التدقيق المالي غير الحكومية والمُعتمَدة عالمياً. وهنا أريد أن أسرد عليك تصرف مدققٍ خارجيٍ لشركةٍ عالميةٍ مع محاسبٍ في مستشفى عملت به، حين أمر بغرفة الحسابات أن تُخلى، وأن لا يتم إزعاجه، فلما حاول المحاسب أن يكون لطيفا وعرض المساعدة، رَدّ عليه المدقق: نحن لسنا أصدقاء ولا أعرفك، أنا هنا لأدقق عليك لا لأصادقك، ثم أغلق الباب. حدث هذا يومياً لمدة أسبوعين متتالين حتى أنهى التقرير واختفى المدقق.

اِستخدِم شركتين أو أكثر، وافصِل من يُعطل سير العمل فوراً، وإذا كنت بادئاً، فبمدققيك الداخليين. اِستعن بالجهاز المحاسباتي

للوزارة حتى تكتشف مدى تواطئه ومدى إمكانية اعتمادك عليه مستقبلاً، ويكون هذا بمقارنة كل مجموعةٍ يُدقِّق عليها بما توصل إليه مدققوك الخارجيون. لا تستمع إلى خبرائك الحاليين واستعن بآراء مكتوبةٍ ومُوثَّقةٍ لأن أجل الطاقم القانوني لم يحن بعد. إن مجرد سريان الشائعات بأن الوزير الجديد "مختلف" أو "غير مُروض" سيدفع بتيارٍ جديدٍ من صِغار الموظفين للوشاية على الحرس القديم. إنها بداية ما يسمى بـ "حرب مدراء المكاتب"، حيث يسعى بعض الموظفين - طمعاً في نيل ثقة المدير الجديد - بخوض حربٍ على القديم والفاسد، بحجة الإصلاح بينما هو يَحِيك شِباك منظومته الخاصة.

مدراء مكاتب الوزارة ووكلاؤها، بل ورؤساء اللجان والإدارات يريدونك أن تفعل شيئاً واحداً فقط بكل احترافية، ألا وهو "لا تُحرك ساكناً ولا تُسكّن متحركاً"، أي أن تجلس على الكرسي وتتمتع باللقب، وهُم سيضمنون سريان تيار الأعمال على ما يرام. هذا بالضبط ما فعله من قبلك وأغلب الظن ما سيفعله من سيأتي بعدك. أرجوك يا سيادة الوزير أن تخلط أوراقهم، وأن تغير أماكنهم، وأن تجعلهم يخافون القانون لأنهم لا يخافون الله. إن التغيير هنا مرعبٌ بالنسبة لهم، فهو من المجهول، وهؤلاء عندهم رعبٌ كامنٌ وعميقٌ من كل ما هو مختلفٌ عنهم بالضرورة، وستعرف هذا حتماً إن طلبت بياناً بتفصيل رواتب طبقة الإدارة عندك. اطلب جدولاً مفصلاً للراتب الأساسي، الحوافز والبدائل؛ ستكتشف بلا جهدٍ أن أول طبقةٍ من الفساد تكمن في التوزيع المجحف للمرتبات عندك، وستعرف أيضاً أن حوافز حضور اجتماعٍ للجنةٍ أو بدلات سفرٍ أو أتعاب مشروعٍ كفيلٌ بتوفير المال لعلاج الشعب. الفساد المالي في الوزارات صار طبقاتٍ تعلوها طبقات.

هنا يجب علينا أن نتوقف ونسأل سؤالا بديهيا: من الآمر الناهي هنا؟ الجواب القصير هو "لست أنت". الجواب الطويل يكمن في مَن يحرك خيوط الدمية، ولكي تحدد مَن بالضبط، يجب عليك تتبع الأموال أو الأوامر الإدارية المتعلقة بصفقات الشراء أو البناء. ولكي أُسَهِّل الأمر عليك، فإنه بعد تتبعي لخيوط الفساد في ست بلدانٍ عربيةٍ خلصت إلى التالي: يوجد دائماً عاملٌ مشتركٌ بين كل الصفقات تحت توقيع الوزير، وعادةً ما يكون محتلاً لأحد هذه الكراسي: مدير الدائرة القانونية، أو رئيس لجنة المنشآت الطبية أو مستشار إدارة المشتريات. طبعاً هذا لا ينفي تكّون ثلاثي قاتل، بعد فترةٍ يرسمون ملامح الفساد لعقدٍ أو عقدين للمستقبل. ستعرفهم بقفزهم فوق الحاجز الزمني للوزراء السابقين وضرورة تواجد أسمائهم في كل صغيرةٍ وكبيرةٍ في جنبات الوزارة ويصعب أو يستحيل عليك إقالتهم.

المثير للسخرية أحياناً هو أنك تستطيع معرفة المتسبب في خراب وزارتك بمجرد سؤال حارس أول بوابة في الوزارة، نعم، إنه ليس بسر، ويبوح به الموظفون لكل وسائل الإعلام تحت أسماءٍ مستعارةٍ ولكن لا يأبه أحدهم. وللعلم فإن أحد البلدان كان فيه تسلطٌ واضحٌ وصريحٌ من قِبل مدير الدائرة القانونية لدرجةٍ وصلت إلى حد تفويض الكثير من صلاحيات الوزير "الغافل". وفي بلدٍ آخر،

رأيت بأم عيني مستنداً لعقد صرف مبلغٍ لشركةٍ استشاريةٍ على خدمات للوزارة، خَطَّ عليه الوزير حرفياً "هل الفارق بين القيمة التقديرية والتعاقدية مُبرَّر؟ لا تتخذ أي إجراءات لحين العرض علي". المستند كان مقدماً من جانب مستشار الوزير "للجودة" الذي يعمل كعضوٍ في فريق الاستشاريين الأساسي بنفس الشركة المنفذة للخدمات، ومنشور اسمه وصورته بموقع الشركة على الإنترنت!

بعد ستة أشهر حصلت الشركة على المبلغ كاملاً رغم أمر الوزير الصريح بالتوقف، ولما تقدم فريق المدققين بعجزٍ في المصروفات يساوي نفس المبلغ واتضح صرفه فعلياً، كتب الوزير على المستند بخط يده "من الذي تعاقد ومن الذي سدد القيمة؟".

لا لم تنته القصة هنا، ولم تنته معاناتنا، فبعد ذلك بستة أشهر أخرى، أُقيل الوزير وعُيِّن آخر مكانه، قام بترقية السيد المستشار إلى رئيسٍ لـ "لجنة اعتماد المنشآت الطبية" ! نعم، تمت ترقية السيد الفعلي للوزارة إلى موقعٍ يكون فيه أكثر قدرةً على النهب، ومن ثم التوزيع على باقي المنظومة. هنا يجب أن اعترف أن الوزير الجديد قد عرف من أين تؤكل الكتف وأعطى بذلك القوس لباريها.

إذا لم يكن المدققون الماليون والقانونيون مستفيدين بشكلٍ حاسمٍ من الوضع الراهن، فلربما سنحت لك فرصة الاستفادة من متمردٍ داخلي يُسرب وثائق أو حقائق تلقي الضوء على ما غمض من معاملات. الحق يقال أن عنصر النزاهة - برغم ندرته - لم ينضب تماماً، ولسوف تجد مُطلِقاً لصفّارة الإنذار أو مُفْشياً للأسرار، إن بحثت بجد أو أَحَس الموظفون فيك أملاً بالنجاة. أحد هؤلاء سَرَّب تقريراً كاملاً لميزانية وزارة صحةٍ بدولةٍ عربيةٍ كبرى مُدعَّماً بالأرقام، والكارثة لم تكن بالفضيحة كما هو متوقع، بل بعدم اهتمام الصحافة وإهمالٍ متعمدٍ من الحكومة حيث تَمَّ طَيّ التقرير وأُودِع ثنايا النسيان. يتحدث التقرير عن إهدار أكثر من مليارين ونصف من الدولارات في كافة قطاعات الصحة لعامٍ واحدٍ مُثبتٍ بالمستندات.

أشار التقرير إلى استخدام 98٪ من حصيلة تحسين الخدمة ودعم البحوث المشتركة كمكافآتٍ للعاملين ومرتباتٍ للمستشارين. كما استخدمت المنحة الأوروبية في صرف مكافآتٍ لكبار العاملين بالوزارة. وكشف التقرير أيضاً عن عدم قيام الوزارة بتحديد الاحتياجات الفعلية بدقةٍ من شراء لقاح إنفلونزا الخنازير، الأمر الذي أدَّى إلى بقاء جرعاتٍ بمبلغ ثلاثة ملايين دولار منتهية الصلاحية بسبب عدم الاستخدام وعدم اتخاذ أي إجراءٍ حيال إرجاعها للشركة الموردة طبقاً لشروط التعاقد.

وفيما يتعلق بالمخالفات في الوحدات الطبية الأولية، كشف التقرير عن ضياع الملايين منها، عشرون مليوناً بسبب اعتماد مبالغ لتنفيذ مشروعاتٍ دون إجراء الدراسات اللازمة لها، مما ترتب عليه تعثرها وعدم الانتهاء منها وتوقف بعضها، وإهدار نصف مليون دولار

كتجديداتٍ هندسيةٍ لمباني مستشفى عيون وأمراض جلدية لعدم الانتهاء من الرسومات الهندسية! هنا سأتوقف عن سرد الأرقام حفاظاً على صحتي الشخصية، ولكني سأستمر بسرد كيف تم إهدار الباقي بسبب التخبط في القرارات الوزارية:

- قرارٌ بإنشاء عددٍ من مستشفيات التكامل الصحي في عددٍ من المحافظات، ثم صدور قرارٍ بإلغائها وتحويلها إلى مراكز طب الأسرة الأرخص كلفةً والمتوفرة أصلاً، وبالتالي عدم الاستفادة منها.

- قرارٌ يتعلق بإنشاء مستشفى ثانوي يخدم مليونين من البشر، لكن بُعثرت النقود عن بكرة أبيها في الاستشارات الهندسية ولم يُعرف هل سيقام المستشفى أم لا!

- قرارٌ باستغلال مركز علاج الفيروسات الكبدية وفشله لعدم وضع لائحته المالية والتنظيمات، فضلاً عن عدم الاستفادة من المنحة الدولية المقدمة أصلاً له بعد صرفها كمكافآت للاستشاريين القائمين على التخطيط له.

- قرارٌ أدى للعبث بمنظومة الإسعاف حيث أن المرفق لهيئة الإسعاف غير محدد التبعية وتتنازع على مصروفاته إدارتان.

- عدم اتخاذ أي إجراء تجاه شركةٍ موردةٍ للأدوية أخلفت العقد وانقطعت عن التوريد حيال الدفعات المقدمة المصروفة لها، ولم يتم استردادها حتى تاريخ كتابة التقرير.

- عدم إعداد دراساتٍ فنيةٍ أو هندسيةٍ قبل إسناد أعمال إنشاء أو تجهيز أو تطوير المستشفيات، حصل هذا في تسع مستشفيات على مدار العام المنصرم، كما تم إهدار المزيد من المال كفروق أسعار تعاقدٍ لتنفيذ بعض الوحدات الصحية. وأشار التقرير إلى إسناد تجهيزاتٍ لمستشفى ثانوي عام بالرغم أن المستشفى آيلٌ للسقوط ولا يستقبل مرضى منذ سبع سنوات حتى الآن.

- قرارٌ بتغيير أعمال إنشاء وتطوير مستشفيين ثانويين من مقاولٍ إلى آخر عن طريق إسنادٍ بالأمر المباشر، بزيادة التكلفة في الأعمال 250 ضعف المدفوع مسبقاً.

- قرارٌ بإحالة واقعة إهدار على التحقيق نتج عنه تراخي الشركة المنفذة في إنهاء الأعمال لمدة 8 سنوات، ولم ينته التحقيق أو تنته الإنشاءات أو تُسترجَع الأموال المنفقة سلفاً.

- عدم الاستفادة من عددٍ من الأجهزة باهظة الثمن في أربع مستشفياتٍ تعليميةٍ لعدم مطابقة المواصفات بين المطلوب والمُورَّد فعليا. وفي ثلاث مستشفياتٍ أخرى، وصول الأجهزة وتخزينها بشكل خاطئ، مما أدى إلى تلفها لعدم الانتهاء من الإنشاءات. وفي ثلاث أخريات إهدارٌ بسبب عدم توفر الفنيين لتشغيلها.

- قرارٌ بإيقاف قرارٍ سابقٍ نتيجة إجراء تعديلاتٍ على تصميات وتنفيذ أعمال مُغالى فيها ذات رفاهيةٍ عاليةٍ؛ بعد الدفع وقبل تنفيذ الأعمال فعلياً.

- قراراتٌ بشراء أطنانٍ من الدواء والمستلزمات الطبية غير المطلوبة في أربع مستشفياتٍ جامعية، وخمسٍ أخرى تخصصية، إضافةً إلى ثلاث مستشفيات عامة، ثم قرارٌ بالتخلص منها بعد قيام لجان مختصةٍ بالانعقاد والتأكد من عدم الحاجة إليها، ثم التوصية بإتلافها

بتكلفةٍ إضافية. كل هذا سيدي العزيز حصل في وزارةٍ واحدةٍ، في بلدٍ واحدٍ، في سنةٍ واحدةٍ، بتواطؤٍ رهيبٍ من القائمين على الأمر العابثين بصحتنا.

ولذلك أنصحك بوقف أي اعتماداتٍ ماليةٍ لشركات أدوية وتأمين وتزويد، حتى لو وافق عليها من كان قبلك، بل حتى وَلَو بدأ التوريد. ولتبدأ بأي شيء تم عن طريق "الأمر المباشر"، ثم عن طريق "الإسناد بالمثل". يجب أن تقف دورة المال تماماً ويجف نهر الفساد. لن يعجبك تحول مستشاريك ومدراء مكتبك إلى العدوانية بعد اكتشافهم لنيّاتك الحقيقية، وأنك لا تنوي اللعب حسب القواعد، فابدأ بالكبير ثم الأصغر، وأَحِل على المعاش من كبر سنه وإلى القضاء من صَغُر. أَعمِل فيهم القانون يمنةً ويسرةً، فهذه معركةٌ يندر أن تنجو منها بدون استئصال.

إن المبلغ الممنوح لوزارتك محدود ويُصرف بناءً على اعتماداتٍ بنكيةٍ ولكنها بالضرورة غير متوقفة على توقيعك الشخصي، فما من وزيرٍ يُوَقِّع بنفسه على كل صغيرةٍ وكبيرةٍ، فأنصحك أن توقف حقوق الصرف للكل، حتى تعلم أين تقف. سيجادلون بأن الوضع الصحي صعبٌ أصلاً، وأنَّك تُميت الناس بغير علمٍ، لكنك في الطريق الصحيح والله معك. سيحشدون على بابك الناس متعللين بالضرر، وربما سيسربون أخباراً عن عدم كفاءتك وشديد قصورك إلى الصحافة. وهنا يبدأ أول خطٍّ أحمر عندك؛ تشويه السمعة. أنصحك باتخاذ أشد الإجراءات ضد من يحاول قذفك بأي تهمةٍ، لأن سمعتك هي كل ما تملك حالياً في مواجهة كل هذا الفساد. إن الردع ضروريٌّ لكي لا تُلاك سيرتك ليل نهار بالباطل، فتفقد همتك وتنسحب مدحوراً.

ها قد وصلت لمرحلةِ وقفِ النزيف، ومِن هنا ينبغي لك السباحة ضد التيار لإيجاد المزيد من المال. أنت تحتاج هنا إلى مساعدين أكفاء، فاطلبهم في القطاع القانوني ومِن حَمَلة شهادات الإدارة. إن العقود الجديدة لا يجب أن تتم تحت مسمى موظفين بوزارة الصِّحَّة، بل تحت مُسمَّى تعاقداتٍ بعقد تزويدٍ مُحدَّد بأجل، فمثلاً يُدفع المبلغ المحدد لتقديم الخدمة المحددة في الوقت المحدد، ويتم الإشراف على التطبيق من قِبل شركات تدقيقٍ مشهودٍ لها بالاحتراف والشفافية. كل هذه الإجراءات الشفافة تساعد على تثبيت نظامٍ مُستعصٍ على الإفساد في المستقبل القريب، وقابلٍ للتدقيق المالي في أي وقت شئت. كما أنها تساعدك على إنجاز المهات واحدةً تلو الأخرى بسرعةٍ وكفاءةٍ.

إن من المهم أيضاً تداخل الجهات الرقابية للتدقيق على مداخل ومصارف المال للتعاقدات حتى تضمن عدم مقاضاتك شخصياً خلال أو بعد توليك الوزارة، خاصّةً أن أموال التأمين الصحي متعددة المصادر ومن السهل تبديد مصدرٍ دون العلم حتى بوجوده. قد تستغرب كيف لم يقم من سبقك بمثل هذه البديهيات، يكمن الجواب في أنه لا يوجد تعليم أو شهادة تؤهلك لتكون وزيراً، فكل ما

يعرفه الوزراء قادمٌ من خبرة الوكلاء والمديرين المسيطرين على منظومة الفساد. كل من كان قبلك لم يقم بشيءٍ، إلا أنه كان يخط بقلمه على كل ورقةٍ تُقدَّم إليه، ثم يستقل سيارة الوزارة آفلاً للبيت أو قاصداً مؤتمراً عن التنمية، ليواصل التوقيع على اتفاقاتٍ صحيةٍ وتعاقداتٍ تنهب بلاده، وتدفع بشريحةٍ أخرى من مواطنيه تحت خط الفقر والمرض.

الاستثمارات الصحية

إن امتلاك الوزارة للسيولة النقدية لا يعني أن تعتمد عليها، لأن الحكومات معروفةٌ بنهب المال من طرف كل مفسدي الحكم، فاعمل على توظيف الفائض من الآن في مشاريع تنمويةٍ صحية الهدف، لتخدم غرضاً أساسياً وهو استمرارية الخدمات. وربما تحتار في مجالات الاستثمار لتعددها، فالقطاعان الإنتاجي والخدماتي خاليان عن بكرة أبيهما من أي شيء، ولا منافسة تذكر إلا خارجياً. فمثلاً لا يوجد عندنا أي شركات لتجهيز سيارات الإسعاف، ولا حتى لصناعات القطن والنسيج الطبية -على سبيل الذكر لا الحصر- كما أن الصناعات الغذائية؛ كأطعمة الطاقة والبروتين والمكملات الغذائية معدومةٌ تماماً. عندنا قطاعاتٌ كاملةٌ تحتاج لبعثٍ بعد موت؛ كقطاع التخدير، ابتداء بأجهزته إلى سوائله وفَلاتره ومستهلكاته البلاستيكية. إنك حتى لتحتار ما سبب عدم قيام صناعة إعادة تأهيل الأجهزة الطبية القابلة للاستعمال، أو حتى عدم التفكير في صناعاتٍ جوهريةٍ بسيطةٍ كحفاظات الأطفال أو معاجين الأسنان.

إن تشغيل المخزون الحالي في مشاريع صغيرةٍ ومتعددةٍ هو أمان التمويل حتى للوزارة، فمِثل هذه المشاريع عَصيّةٌ على استحكامات السوق وتقلب العملة لصغر حجمها وبُعدها عن السوق العالمية. قوانين العرض والطلب طبعاً تحكم السوق، ولكنك بصدد تغييرها، فما كان هناك طلبٌ على منشآتٍ أو معامل أو خطوط إنتاج خيوطٍ جراحيةٍ ومشارط من قَبل في دولتك، الأمر سيتغير قريباً.

من المعلوم أن الأطباء أجهل الناس بأمور المال والاستثمار، فلا تجعل ذلك عائقاً لك للخوض في مثل هذه المجاهل، فلها أهلها والعالمون ببواطن الأمور، وما عليك إلا بناء النظام وسيتهافت عليه المستثمرون. الحل الأمثل هو عقد مؤتمرٍ نصف سنوي تُقدَّم فيه الاقتراحات ودراسات الجدوى، ويُناقِش فيه أهل المال احتياجات البلد الصحية، ليتضح بعد عدة سنواتٍ كمية الإمكانات الضخمة لبلدك صحيّاً، والتي كانت تَغط في سباتٍ عميق. إنك حتى لو فكرت باستثمار مال الوزارة على أنه مالك الخاص، فسوف تقوم بعدة خطواتٍ أساسية.

لنفترض أنك في سبيلك لبناء مصنعٍ ينتج منتجاتٍ صحية نسائية، فإنك إما أن تستجلب عقد تصنيعٍ لشركةٍ أجنبيةٍ وتُريح رأسك،

أو تستجلب بعضاً من أهل الخبرة فيها ليقوموا بما يلزم. ستحتاج لبضع فرق عمل، تأسيسها صعب ابتداءً ولكنها ذاتية التشغيل إن وُجد التمويل. العشرات من هذه المشاريع ستقوم بنهضةٍ صناعيةٍ في المجال الطبي عموماً، خلال ثلاث أو أربع سنوات، مُؤَمِّنة احتياجات البلد الصحية والتمويل القويم للاستمرارية.

هنا يجب أن أحذرك من انجرافك وراء تحقيق ربحٍ دون فائدةٍ صحيةٍ، فرجال الأعمال يحسنون صناعة المال لا فائدة المجتمع. ولقد أثبتت التجارب أن العديد من الدول العربية أصبحت من الرواد في الاستثمار العقاري والاستيراد وصناعة السياحة، وهذا بالضبط ما يجب عليك تجنبه. هنا ستفكر بالاستثمار في قريةٍ سياحيةٍ أو ملهى ترفيهي أو شراء أرضٍ والانتظار حتَّى يرتفع سعرها فتُمَول مشاريعك. اترك كل هذا ورَكِّز على خدمة المجتمع صِحّياً. لسنا بحاجة إلى عبقري قديمٍ متجددٍ يتاجر بأموال الدولة، فكل المفسدين يفعلون ذلك، نحن نريدك أن تطور بلدك صحيّاً بنقودها لينفع الله بك البلاد والعباد.

هنا بالتحديد يقفز بعض وزرائنا الكرام ليسألونك بكل استفهام، لماذا لا تعمل المستشفيات ليلاً لتغطي نفقاتها نهاراً؟ إنهم يسألون عن مدى نجاعة الطب الخاص المحدود (نفس الأطباء ونفس المبنى لكن بأجر). الحاصل حالياً هو "تعارضٌ في المصالح"، ولكي نفسر هذه النقطة فلننظر في هيكل النظام من الأساس؛ ما حصل أن بعض المستشفيات الأوروبية قررت - من منظور استغلال الموارد - استخدام نفس المبنى المجهز بالأجهزة وبالطاقم الطبي على مدار الأربع والعشرين ساعة. ففي فترات النهار يقوم الطاقم بالعلاج المجاني طبقاً للمواعيد حتى العصر ثم يتابعون العمل بعده على أساسٍ ربحيٍ مفتوحٍ يتلقى القائمون نصف ما يجنون والباقي يُنفق على مستهلكات الصباح التالي. النظام ممتازٌ على الورق لكن الفساد أَحدث به العديد من الثغرات ولنتناول بعضها.

ابتدأ الأطباء بكل نشاطٍ في العمل المسائي وصاروا يجنون المال الزائد عن الراتب، لكنهم أصبحوا متعبين، ففترة العمل الصباحي ثمان ساعات، وثمان أخريات بعد الظهيرة، وأحياناً تمتد لنصف الليل من دون وجباتٍ أو فترات راحة. أدى ذلك إلى قدومهم متأخرين في الصباح التالي، ورويداً رويداً أصبحوا يعطون مواعيد أقل صباحاً أو حتى لا يعملون البتة.

هنا أصبح المرضى يزدحمون صباحاً لتفادي دفع الرسوم مساءً لنفس الطبيب بنفس التجهيزات، فصار الطبيب إن عمل صباحاً يعالج بمستوى خدماتي أقل منه مساءً، كما أن بعض ضعاف الذمة من الأطباء قاموا بتوجيه المرضى لفترة ما بعد الظهيرة حيث يتقاضون أجراً.

هنا أصبحت الفترة الصباحية تعج بالمرضى والأطباء المتدربين وسوء الخدمة، لكن الاستشاريين نائمون استعداداً لموسم الحصاد المسائي. وقد تسأل: أين إدارة المستشفى عما يحصل؟ الجواب أن المستشفى مستفيد مادّياً بالنصف الآخر من عرق الطبيب فيطيب له التجاهل عن سلوكه صباحاً ليشبع كلاهما مساءً. المحصلة أن المستشفى المجاني تحول إلى مرتعٍ للجهل المجاني صباحاً واستثمارٍ ناجحٍ لمقدرات الدولة مساءً. هنا قامت الدول الأوروبية بمنع مثل هذا النظام تماماً كالنمسا أو التشديد عليه كفرنسا. هناك دولٌ أخرى تسمح بأطباء آخرين ليستأجروا مباني المستشفى الحكومي مساءً، وأخرى توزع التخصصات صباحاً ومساءً تجنباً لزحام الصباح. أيّاً كان ما تنوي فعله فلا تضع مجالاً للفساد في نظامك الصحي وادرس تضارب المصالح تبعاً لأطباء بلدك.

طبعاً يوجد هناك خيارٌ آخر وهو السماح للأطباء بممارسة عملهم الخاص مساءً خارج المستشفى كما يحلو لهم ويرجعوا ليكونوا موظفين حكوميين صباحاً. إذًا أُتيحت لهم فرص الفساد فسوف يكون الأمر أسوء من الاختيار الأول، ذلك أن العلاج صباحاً أصبح تابعاً للدفع بالعيادة الخاصة في الليلة السابقة لها. ما حدث أن صفوف الانتظار طالت صباحاً فيزور المريض الطبيب مساءً دافعاً جزءاً من ثمن العملية لتتم صباحاً على حساب الحكومة؛ هنا عمل الطبيب كمرتشي ليتلاعب بقوائم الانتظار؛ ويمكنك أن تحزر لِمَ تَسْكُت إدارة المستشفى عن هكذا سلوك!

الصلاحيات

إنّ كل ما سبق وكل ما سيأتي لن يُغني عن الحق شيئاً إن لم تكن لديك صلاحياتٌ للتغيير عامة. فإذا كنت وزيراً بالاسم فقط، وعليك سماع الكلام والالتزام بالتعليمات، فلتذهب إلى بيتك مغفوراً لك ذنبك بعد أن تستقيل. إن المكوث على رأس أي عملٍ دون صلاحياتٍ هو جريمةٌ في حق نفسك أوّلاً، ثم في حق مواطنيك ومرؤوسيك. كل ما سيأتي في الفصول القادمة يعتمد اعتماداً وثيقاً على إرادتك، ثم قُدرتك على التغيير، فإن اختل أحدهما فلا فائدة تُرجى، والأفضل للكل أن ترفض المنصب حتى لا تكون مشاركاً في الجريمة التي تُقتَرَف بحقنا منذ أن أوكلنا الاستعمار العسكري الخارجي إلى الاستعمار الذاتي.

عندما يُعرض عليك المنصب يجب أن تكتئب لا أن تفرح، فسوف تُطَلّق حياتك كما تعرفها، فالمنصب يتطلب قدرةً خارقةً على المتابعة وإنكار الذات. إنك كلما عرفت أكثر عن تركيبة الجهاز الصحي الرديئة لدينا، كلما استحكمت حلقاتها وظننتَ أنها لن تُفرج. وهنا يجب أن تسأل نفسك سؤالاً جوهرياً، أهذه فرصةٌ لتكفير خطاياك وقصورك الدنيوي في حق ربك وبلدك؟ أم غنيمةٌ كبرى تضيفها إلى قائمة شهاداتك وخطة تقاعدك المحكمة؟ في الحالة الأولى يجب أن تسأل من أوكلك عن مدى صلاحياتك كوزير؟ فإن كانت مُطلقةً فاعقلها وتوكل على الله، وإن كانت مقننةً بأي شكل كان، فاقنع من الغنيمة بالرفض وقَرَّ عيناً أنك لم تكن منجزاً أكثر ممن سبقك أو ممن سيخلفك.

تحتاج إلى إطلاق اليد من أجل تغيير الأشخاص والقوانين، فما فائدة تمسك القيادة ككل بكوابح بشريةٍ تُعرقل كل قرارٍ وتتحدى كل أمر! يجب أن تعلم أن كياناً ضخماً كوزارةٍ يتطلب الكثير من الولاء للقيادة العليا، بِغَض النظر عن صلاحهم أو فسادهم. لكُلٍّ أجندته الخاصة، لكن النظام الفاسد القائم يساند بعضه بعضاً. أَعرِف أسماء وكيلَي وزارةٍ لم يستطع وزيرٌ للصحة إنهاء خدماتهما أو حتى تغيير أماكنهما، فالأمر بتثبيتهما جاء من جهاتٍ سياديةٍ بأعلى الهرم الوظيفي. السبب المعلن أننا لا نستطيع الاستغناء عن خبرتهما، ولكن الحقيقة أنهما عبارةٌ عن سلطاتٍ موازيةٍ تمنع الوزير من الانفراد بالقرار. هنا صار كل أمرٍ قابلاً للنقاش وتحولت تابعية باقي موظفي الوزارة للصقرين، فهما باقيان لا محالة، بينما الوزير زائرٌ سيرحل، وربما قريباً جدّاً.

الخطوة الثانية هي صلاحيات إزالة المعوقات؛ تصور أنك أصدرت أمراً بإغلاق مستشفى وتحويله إلى محجرٍ صحي - في حال حدوث وباء - فعارَض رئيس المستشفى وقام بوضع العصا في دولاب بروتوكولك. إن لم تستطع إزالته فوراً حتى لو كان أخاً لقاضٍ أو عزيزاً لسلطانٍ فلن تقوم للأمر قائمة. معرفة الصلاحيات والحدود ضروريٌ حتى تستطيع تحمل المسؤولية والاعتراف بالخطأ، لأنك سَتُلام لا محالة، وربما تتم تصفيتك جسدياً أو معنوياً إذا كان الفساد في وزارتك يضاهيه فسادٌ أكبر في وزاراتٍ سياديةٍ أخرى. وهنا تستعجب أشد العجب بأنك ما فعلتَ كبيراً! ولكنك خرجت مذموماً مدحوراً، بينما غيرك قد أَهْلك الحرث والضَّرع، ولم ينبس أحدهم ببنت شفة. الفساد يا سيادة الوزير ليس سحابة صيف عندنا، بل منظومة موغلة في القدم.

الْفَصْلُ الثَّالِث:

الْخِطَّة

مهما حاولتُ أن أرسم لك خطة جاهزة فلن أُفلح، لأنك أدرى بشعاب بلدك مني، لكنني سأحاول مساعدتك على نسج خيوطٍ لنظامٍ صحي يناسب بلداننا العربية المنكوبة. ما يجب أن تَعِيَه جيّداً أنك لست وزيراً للصِحَّة بجمهورية ألمانيا الاتحادية أو بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث يوجد نظامٌ قائمٌ وأناسٌ محترمون يتبعون الأوامر ويطيعون القانون. أنت وزيرٌ للصِحَّة والأمن والرفاهية الاجتماعية والغذاء والاستثمار، بل ومفتشٌ وحارسُ بنايةٍ لبلدٍ نخرت الأمية جميع شرائح شعبه، وَتَعَوَّد الناس على أخذ حقوقهم بأيديهم أو بمكالماتٍ تليفونية. أنت الآن مسؤولٌ عن إحقاق الحق في دولٍ يُؤْمِن قاطنوها بأن "الغاية تبرر الوسيلة" و"أن الله يغفر الذنوب جميعا". نعم سيأخذ هذا وقتاً، ولكنك لن تستشهد بأن الله لا يكلف نفساً إلا وسعها. أنصحك بل أرجوك أن تمعن الفكر جيداً، فسوف تحتاج إلى شبه معجزةٍ لتحقيق ما نَصْبُو إليه.

الخطة أو النظام هو طُرُقٌ متقاطعةٌ، تَدُلُّ كل سالكٍ لوجهٍ على طريقه، وتوصله عبر خطٍ مستقيم. يجب أن تنسج النظام ليناسب 99% من مواطنيك بأقل الخسائر. الأمر صعبٌ لأننا لا يمكننا استيراد أنظمة الغرب الصحية، فلا سبيل لتطبيقها عندنا لأسبابٍ عديدة. نحن نفتقد إلى البنى التحتية، نفتقد إلى العامل المُجَهَّز المُدَرَّب، كما نفتقد إلى القوانين الحاكمة وقوة تطبيقها، وأخيراً نفتقد إلى المواطن الصالح المشارك في تسيير وتطوير النظام. كخطوةٍ أولى، عليك تجميع ما يناسب 99% من الناس عن طريق سؤال الناس أنفسهم والقائمين على الخدمات الطبية لتجد أن متطلباتهم بسيطةٌ للغاية، بل بديهية، لكنها سوف تُرشدك إلى الحل.

فمثلاً وحدةٌ صحية تُعاني من عدم تواجد الأطباء؛ كل ما عليك فعله هو زيارتها ومعاقبة من هو غير متواجد، ثم إيجاد نظامُ حضورٍ عملي لكل الوحدات يضمن سير العمل. سَيَسْرِي الخبر بأنك تزور الوحدات كالنار في الهشيم، وسيتواجد كل مختفٍ وسيبعث كل من كان نائماً ببيته. استماعك إلى الشاكين سَيُوجِد نظاماً تفاعلياً بين صناع القرار (أنت) ومستخدمي النظام كالكادر الطبي والمرضى. فمن ضاع له حقٌّ أصبح عنده خيارٌ باللجوء إليك لجلب حقه، بدل أن يأخذه بيده إن استطاع، أو يبيت ليلَه يدعو على الظالمين وأنت من زمرتهم.

و مما قرأت مؤخراً، تبرَّع طبيبٌ عربي بوضع خطةٍ لإصلاح القطاع الصحي ويطالب بعرضها على رئيس وزرائه. تشتمل الخطة على عشر نقاط أو محاور، والحق يقال أن مصدر قوتها نابع من إحساس الرجل بالمسؤولية وملاءمتها لطبيعة بلاده. مشكلتها أنها وبشكلٍ نظري جدّاً - تفترض حسن النية في القائمين على الأمر، وكأنهم ما كان ينقصهم إلا خطةٌ مكتوبةٌ ليهبوا إلى العمل الكادح الدؤوب. ولكي أكون منصفاً معه على الأقل فلسوف أسرد عليك نقاطه لكي أحفز فيك التفكير:

المحور الأول: الإصلاح التشريعي وإصدار قوانين تخدم القطاع الصحي.

المحور الثاني: تنمية الموارد البشرية والاستغلال الأمثل لها باعتبارها كنزاً لا يفنى.

المحور الثالث: التأكيد على أهمية التعليم الطبي المستمر.

المحور الرابع: تأسيس المشروع القومي لصيانة الأجهزة الطبية.

المحور الخامس: إصلاح الوضع الصحي بخطةٍ قصيرة الأمد تشمل تطوير مستشفيين اثنين بكل محافظةٍ تطويراً شاملاً خلال ستة أشهر.

المحور السادس: الشروع بتطبيق خطةٍ طويلة الأمد يتم فيها تطوير باقي مستشفيات وزارة الصحة.

المحور السابع: تأسيس المشروع القومي للطوارئ وتخريج 5000 طبيب طوارئ وحالات حرجة خلال 5 سنوات.

المحور الثامن: المشاركة المجتمعية للشعب في منظومة الإصلاح عن طريق التبرع بمبلغ نحو 13 دولار سنوياً لمدة 3 سنوات لكل مواطن!

المحور التاسع: مقترحٌ بإنشاء مدنٍ طبيةٍ تخدم الأقاليم مجهزةٍ على أعلى مستوى وتشمل كل التخصصات.

المحور العاشر والأخير: هو تطوير نظام الرعاية الصحية الأولية والتوسع في مراكز طب الأسرة.

يحق لنا أن نختلف معه في بعض النقاط (كتبرع المواطنين مثلا)، كما يحق لنا أن نعيد ترتيب الأولويات، لكن يجب أن نُثمِّن مبادرته وأن نشرح لوزيرنا كيف أن الاختلاف في الإصلاح لن يفسد للود قضية، وإليك بالخطة كما نراها من منظورنا.

تصنيف مواطنيك

حان الوقت لتشرك الكل في تنمية البلد صحيّاً، وهذا يقذف بنا إلى تصنيف مواطنيك إلى ثلاث أقسام: الإنسان العامل، الإنسان المريض والإنسان المشارك.

الإنسان العامل؛ هم كل أولئك العاملين بالقطاع الصحي ابتداءً من حارس المستشفى حتى مدراء مكتبك، مروراً بكل الأطباء والممرضين والكادر الطبي. كل هؤلاء أنت مسؤولٌ عن سلامتهم الصحية والبدنية لأنهم عِماد تقديم الخدمات، فلو كانوا في حالةٍ من الإهمال كما نشهدهم اليوم، فكيف نتوقع أن يصح المجتمع؟! لقد وصل بنا الحال إلى أن يقوم الأطباء بالدفاع عن أنفسهم في غرف الطوارئ بالسكاكين، لأن القانون يقف متفرجاً على كل من فقد أعصابه وهو يتهجم عليهم، بل ويمكن لكل إنسانٍ أن يدخل المستشفى ليسرق طفلاً أو حتى يتحرش بأنثى داخله. إن الوضع الصحي للأطباء الحكوميين لهو أسوء من بعض فئات الشعب، لأنهم لا يتعالجون إلا في نفس المستوى الصحي المهمل الذي يقدمونه لغيرهم من الناس. أنا لا أزعم أن الكادر الطبي يجب أن يحظى

بميزات صحية فريدة لكنهم يحتاجون إليك وأنت الضامن لأمنهم وتحسين ظروف عملهم بما يضمن الارتقاء بالخدمات. تصور أن في بعض دولنا المنتجة للأطباء لا يوجد إلا ستة أطباء لكل عشرة آلاف شخص، بالمقارنة مع ثلاث وعشرين طبيباً لكل عشرة آلاف في بريطانيا، بينما الرقم هو واحدٌ وخمسون طبيباً في إسبانيا. عندما نعرج على موضوع الرواتب والمستحقات المالية المتدنية التي يأخذها رعاياك، فهنا يجب أن نُذكِّرك بهَرَم ماسلو الشهير لترتيب الاحتياجات. في غمرة الحرب العالمية الثانية (1943) قدّم العالم النفسي ابراهام ماسلو بحثاً عن التطور النفسي مُلخِّصاً العوامل الضرورية لتحفيز الإنسان كمخلوقٍ ذي إرادةٍ وتفكير. بُنِيَ الهرم على نماذج متفاوتةٍ في السعادة، الإنجازات وطبعاً الصحة والقدرة المادية والوضع العام للبشر.

ما خلُص إليه ماسلو يُعتبر من البديهيات عند العالَم المتقدم، لكنه ما زال غامضاً عندنا ولذا أحدثك عنه. يعتمد الهرم كقاعدةٍ على المتطلبات الإنسانية الرئيسية؛ كالمأكل والملبس والسكن حتى إشباع رغباته الجنسية. بدونها يعيش الإنسان محروماً مما حباه الله للحيوان. في الطبقة الثانية يأتي الأمان الجسدي والنفسي؛ فلا يمكن الإبداع في بيئةٍ أسريةٍ أو مجتمعيةٍ عنيفةٍ أو في حالة حربٍ مستمرة. الطبقة الثالثة يحتلها الحب والانتماء حيث تبدأ المشاعر بأخذ حقها من الاهتمام، ويصعب تحفيز الإنسان لإحداث تغييرٍ تحت ضغطٍ من الإهمال النفسي والكره العام في المجتمع؛ كاختلاف لون البشرة أو التمييز العنصري بسبب الديانة أو الأعراق.

الطبقة ما قبل الأخيرة يحتلها الاعتزاز بالنفس والرضا عن مآلات الحياة عموماً حيث ينعدم الإنجاز عندما يحس الإنسان بعدم القبول لذاته أولا. الإحساس الدائم بالدونية وعدم الكفاءة منتشرٌ للأسف بين الشباب، ويحتاج إلى الكثير من التشجيع والبحث عن وسائل مساعِدةٍ كي يسترجع الإنسان حبه لذاته وثقته في التغيير. قمة الهرم تبعاً لماسلو يحتلها تحقيقُ أو تأكيد الذات. يصعب علينا كعرب ابتداءً شرح هذه الحالة - لندرتها الحالية - حيث تسمو ذات الإنسان فوق ما يستطيع جسده المحدود إنجازه.

الإنسان المريض هو من حصل عنده المرض أصلاً، فهو يحتاج إلى الرعاية بدون مقابلٍ أو تعبٍ أو حتى مضايقات. هذا حلمٌ عندنا، فكيف تُسمَّى مريضاً إذا لم تُعان سوء التشخيص وانعدام العلاج والرعاية لكونك إنسان أوّلا! المريض عندنا يكافح كفاحاً مريراً حتى يحصل على بعض حقوقه، فيعاني ابتداءً من عدم وجود الطبيب إلى الدواء المغشوش، فالموت تسمماً أو نتيجةً لخطأ طبي. كل هذا يجب أن يتغير، ففي النظام الصحي الفرنسي يدفع المريض أقلّ كلما طالت فترة مرضه أو زادت خطورته، بينما عندنا تعاني العائلة والأصدقاء المُرّ ليستمر النزيف المادي والمعنوي، حتى يتوفى الله النفس راضيةً مرضيةً مغفورٌ لها كل ذنوبها من طول وعنف المعاناة.

إنه لمن المحزن حقّاً أن تصل بعض الدول لمرحلة أن تُرجع الثياب إلى المتجر بعد استخدامها شهراً كاملاً من دون أسئلة مُستَرِدّاً ثمنها، بينما تضطر عندنا لسؤال كل من تعرف شهراً عن طبيبٍ جيد تثق فيه أو علاجٍ رخيصٍ أو وصفةٍ منزليةٍ تاركاً المرض يرتع كيفما شاء.

يكاد أن يصيبني الجنون حِين أسمع بالكثير من المرضي يتسولون شهادات الفقر للحصول على دواءٍ كان يجب أن يُصرف لهم من دون أسئلةٍ فضلاً عن شهادةٍ تنتهك كرامتهم ابتداء. وأحياناً يتناوب الجنون مع الغضب، عندما أشاهد تسجيلاً لحارس أمن وهو يَسْحَل مريضاً داخل مستشفى زاجّاً به إلى الخارج لأنه طالب بحضور الطبيب لفحصه!

الإنسان المشارك هو باقي فئات الشعب بلا استثناء. نعم، الكل يجب أن يعمل من أجل مجتمعٍ صحي، لأن المرض لا يستثني أحداً والحوادث والكوارث لا تعرف القراءة والاستدلال بالعناوين أو التمييز بين الديانة ولون البشرة. كل الأَصِحّاء في المجتمع عليهم مسؤولياتٌ عدّةٌ تبدأ بتطبيق مفاهيم النظافة داخل البيت والعمل وخارجهما وعليهم المشاركة بالتمويل لأنه ضمان للكل. فما تساهم به أنت اليوم وأنت سليمٌ مُعافى يُصرَف على والديك علاجاً لأمراضهما المزمنة، ويُصْرَف على أطفالك تطعيماً وتغذيةً ووقايةً من المرض. إنَّ تهَرُّب الناس المُعافين من مسؤوليتهم الصحية ضَرْبٌ من الجهل والأنانية مثلاً بمثل، وهناك العديد من الوسائل الْخَلَّاقة التي تضع الإنسان المشارك أمام مسؤولياته.

نحن لا نتحدث عن مشاركةٍ ماليةٍ من منطلقٍ تبرعي من أهل الإحسان، بل ضريبة مخصوصة تُستقطَع من الراتب أو الصفقة أو الدخل ككل. أثبتت التجارب أن الأغنياء أكثر الناس براعةً في التهرب من المطالبات المادية خاصّةً إن طالبت به الدولة. لا أستطيع فرض آليةٍ مُقنَّنة لفرض الضرائب في بلدك، لكنَّ جُزء من مبيعات التدخين إن لم تستطع منعه تماماً يجب أن يعالج مرضى سرطان الرئة، وجزءٌ من مبيعات السيارات الجديدة لإنشاء إسعاف الطرق، وجزءٌ من مدخول المصانع لمعالجة تلوث البيئة والسرطانات عموماً. الأفكار الخلاقة ضرورية جدّاً وتختلف باختلاف البيئة والدخل وثقافة شعبك.

الهدم والتجهيز

لكي يبدأ أي نظامٍ جديد، يجب أن يهدم كل ما لا يلزم من قبله. أنت قد عرفت الآن بمن تثق ومن تحتاج إلى نفيه فوراً إلى المعاش أم إلى السجن من المحيطين بك، فابدأ بالتنظيف مستعيناً بالله. سينتج عندك فراغٌ إداري شكلي كان يملؤه هؤلاء، وعليك إمّا إيجاد بدائل خلاقةٍ أو تسيير العمل بدونهم إن استطعت. تَذَكَّر أنَّنا كُنا نغط في سباتٍ ونحتاج إلى الوقت لننهض.

إذا كنت تريد البدء برأس الأفعى، فعليك بمديرية المشتريات والتزويد. كما أن الْمَعدة بيت الداء، فالقائمون على الصفقات هم أساس البلوى، فَهُم فاسدون مفسدون لا أستثني مِنْهُم أحدا. ذلك بأن الشريف فيهم عادةً ما تُغْتَال سُمعته مبكرا. هَذا القسم يعمل كالغربال،

فيذهب الجيد ويمكث الحشف ليُفسِدَ ضمائر من في الوزارة، وستعرف ذلك من طلبات الانتقال إلى هذا القسم؛ فهو محجوزٌ لذوي الحظوة. اِسأل أي مندوبٍ لشركةٍ أو مُوَرِّد لمنتج، أو مُرَوِّج لمشروع، وسَيَدُلُّك بكل سهولةٍ ويُسر على القلب المنتن للوزارة. لقد وصل الفساد بمثل هذه الإدارات إلى حرق مخازن استراتيجية للأدوية في دولةٍ عربية كبرى، لتتفحم محتوياتها مهلكةً مائة مليون دولار. بعض الخبراء تكهنوا بوجود دواء فاسد وتمَّت التغطية عليه، لكن السبب الرئيسي كان للتمهيد لتعاقدات جديدة بعمولاتٍ أجدد. كما أن عقود توريد المواد الطبية والأجهزة تبدأ من اللجنة الفنية (واضعة المواصفات) حيث تُفصِّل متطلباتها لتكون بمقاس شركة واحدة فقط. هذا يسهل على اللجان اللاحقة إتمام الصفقة ليعاني الكثير من مواطنيك فيما بعد.

هنا يجب أن تتفرغ تفرغاً تاماً بخطةٍ محكمةٍ للتخلص من كهنة المعبد. هؤلاء هم القانونيون في الوزارة اللذين ينظمون عقد الفساد محتمين بأقنعة القانون. إنهم دائماً على دين الملك الجديد. القضاء عليهم يعتبر عقبة كؤود لصلتهم المباشرة بالآمر الناهي قبلك في الوزارة. الجيد أن رقابهم مُسلَّط عليها نفس ذات النصل القانوني الذي كانوا دائماً يبتزون الوزارة به، وسوف تجد الكثير من الأدلة على فسادهم ضمن ما تحتويه سجلاتهم. السبب يكمن في تراخي اللص عندما يدرك تراخي من يلاحقه، فما بالك بمثل هؤلاء الذين يتوارثون الكهانة جيل عن جيل.

مِن ضمن مَن يجب ذهابهم أولئك المسؤولون عن لجانٍ تتقاضى مالاً لاجتماعاتهم دون الخلوص لنتيجة، فعندك إدارة التعاون الدولي، ولجنة بحث أسعار الدواء، ولجنة المناقصات العامة، ولجنة المعايير، والتراخيص وغيرها من اللجان التي تثقل كاهن الوزارة دون تقديم تقريرٍ واحد يسهم في تغيير الوضع الحالي. هنا يجب أن يساعدك ذووا الخبرة على شكل لجان قصيرة الأمد تخلص إلى قرارات إن طُبِّقت يمكن أن تساهم في الخروج من الأزمة. فمثلا، اِلْجأ إلى خمس استشاريين من الطب الباطني ممن تثق في حبهم لبلدهم ورغبتهم للمساعدة، ثم كَوِّن لجنة منهم لكتابة تقرير عن حال الوحدات الصحية في الأرياف خلال شهر. وربما مثلهم من طب النساء والأطفال للاطلاع على أحوال رعاية الأمومة والطفولة في وحداتٍ أخرى. كلتا اللجنتين منفصلتان ولا تتشاركان لا بالتقرير أو حتى بمعرفة وجود اللجنة الأخرى. كما يمكنك إيفاد ثلاث لجانٍ من نفس التخصص لتقصي أحوال الوحدات في أماكن متفرقة. إن طريقة التفكير هذه تريحك من السفر كل يوم إلى وحدةٍ لتُحكِمِ علمك القاصر في هذا المجال أو ذاك.

ومن الطرق الأخرى لاستجلاب الخبرات والمساعدة في رسم الخطة اسْتِعَانتك بخبرات خارجية. ليس العيب أن تقول بأنك تحتاج المساعدة، ولكن العيب أن تصمت وأنت تُغرق البلد بأكملها. أنصحك باللجوء لروابط الأطباء والجمعيات المنظَّمة لا إلى شركاتٍ تتخصص في بيع منتجٍ وإنتاج حلول مبتكرةٍ غير قابلةٍ للتطبيق عندنا. الاتصال بوزارات الصِحَّة في البلدان المتقدمة ينتج عنه نفعٌ أكبر لو حَدَّدت لهم ما تريده منهم. فمثلاً إدارة الأوبئة في هونج كونج تعرف كيف تساعدك على فيروس نشأ هناك وكيفية احتوائه، كما يمكن

أن تساعدك جنوب أفريقيا للحد من انتشار الإيدز، ويمكن أن تستفيد من خبرة فنلندا في الصِّحَّة النفسية. ولكن لا تقفز إلى ألمانيا لِتُطَوِّر طبّاً رياضيّاً بينما شعبك يموت كلما نشطت الكوليرا، أو ما زالوا يعانون من التسمم الغذائي بسبب أطعمة الشوارع.

نميل نحن الأطباء للاعتقاد بأن الطبيب الجيد هو عماد الصِّحَّة، وهذا خطأ لأن الرعاية الصحية ككُلّ تَعتبر الطبيب ركناً واحداً ويلزمه باقي الأركان ليفّعل. ما فائدة الطبيب بدون الطاقم التمريضي؟! الوسائل التشخيصية والمختبر؟! الدواء الجيد المتوفر لكل احتياج؟! وأخيراً وليس آخرا الحوسبة بكل أشكالها؟! من عماد تخطيطك للرعاية أن يكون لديك وسائل اتصال وحوسبة متطورة. فمثلاً أردتَ أن تنشئ برنامجاً لرعاية مرضى التوحد، أول سؤال سيكون كم مريضاً عندنا؟ بدون إحصائياتٍ حديثةٍ أنت بلا معطيات، وبالتالي بلا قرارات. هَبْ أنك تريد استيراد أجهزة لقياس السكر أو تصنيعها، فأول سؤالٍ سيكون مَن عنده أصلاً طبيب للسكر وفي أي وحدة؟ هنا ستكتشف أنك في الظلام، فمِثل هذه الأسئلة لا إجابة قاطعة لها عندنا، وربما حان الوقت لِتُشكِّل لجنةً من أطباء وخبراء معلوماتٍ لتحديد ما تحتاجه المستشفيات من أجهزة اتصالات وكمبيوتر، وهل لديك القاعدة البشرية لتشغيلها وكذلك تكلفة التشغيل؟ كلما زادت معلوماتك المستقاة من مصادر محايدةٍ وموثوقةٍ كلما اتخذت قرارات أصح.

التدريب والإيكال

العنصر البشري هو عماد الرعاية الصحية في العالم أجمع رغم الاحتياج الواضح للتقدم التقني، وسوف تكتشف شيئين رئيسيين عندما يتعلق الأمر بالطاقة البشرية: لا يوجد أحدٌ مؤهل وهناك العديد من المواهب والقدرات المدفونة. إن من يتواجد على رأس عمله أصلاً غير مُدرَّب، ويقوم به على أُسُسٍ نادراً ما تكون متعلقةً بالعلم أو التدريب. المهمة تتلخص في تجهيز من يوجد أمل في تدريبه وإحلال المواهب مع قليلٍ من التدريب مكانَ من لا يُرجى الاستفادة منه. ستواجهك معضلتان: وزارة الشؤون الاجتماعية التي ستعترض على تسريح العمال هكذا، وقوانين التشغيل التي تمنع إقالة موظفٍ حكومي. الأمر إليك في التعامل مع المشاكل، لكن يُمكن إرضاء جميع الأطراف بالنقل وتغيير المُسمى الوظيفي وإحالة الكبار على المعاش. ربما تحتاج إلى لجنة من ذوي الاختصاص تجد للكل مخرجاً مناسباً لكنه ضروري للخروج من الأزمة.

هناك مشكلةٌ أخرى وهي أن الوزارات عموماً أصبحت ملاذاً للعاطلين وتعتبرها الحكومات سبيلاً لتوظيف الشعب، وهذا ما يفسر وجود أربع موظفين في غرفةٍ لإدارة شيء هلامي يصعب حتى شرحه. فمثلاً حاول التعرف على مهام "الإدارة المركزية للدعم الفني" أو حتى "دائرة الاستخدام الرشيد للدواء" فلا يوجد عندنا دعمٌ فني يحتاج إلى إدارة مركزية، ولا الاستخدام الرشيد تحققه دائرة.

يشكل التدرب على الجديد دائماً مشقة، فكلنا عانى ليتعلم لغةً أو يتقن صنعةً أو حتى ليركب الدراجة. الجديد في النظام أنه سيكون قائماً على تولي الخبرات للمناصب، فأخصائي الأطفال يجب أن يشرف على القائمين على التطعيم في وحدته الصحية. نعم سيشتكي ولسوف يحنق عليك، ولكنه سيدرب الموجودين تدريباً كافياً ليقوموا بالمهام دون إزعاجٍ له. يمكنك أن تُقَوي أنت هذا التدريب بإقامة ورشة عملٍ محليةٍ يقوم بها طبيبٌ نشيط، ومَن يَحضر يُكافَؤ بيوم إجازة سنوي زيادة، أو عدد معين من النقاط يسهم في تسهيل إعادة ترخيصه، أو حتى مكافأةٍ نقديةٍ بسيطة، وشهادة اعتراف منك بتكرمهم بالحضور. إننا كلنا ننسى، ويَسهل علينا التذكر والمراجعة إن مُسَّ عملنا اليومي أو ذُكِّرنا به باستمرار. القابلة القانونية ستسعد إن عقدت لها ورشة عملٍ كل ستة أشهرٍ في مدينةٍ أخرى إن انتفعت فعلاً بالمعلومات وطابقت مشاكل تواجهها يوميا. عامة الشعب تحتاج إلى التوعية، وكذلك القائمون بالعناية، فلكل شيء قواعد تشغيلٍ جديدة ومعلومات حديثة تصل الناس بالصدفة وفاقد الشيء لا يعطيه.

كنت قد نصحتك بإيقاف حق صرف أي مبلغٍ إلا بعد توقيعك شخصيّا، وذلك من المؤكد أنه أَخَلّ بالكثير من عمل الوزارة. هذا الإجراء مؤقتٌ حتى تعرف أين وعلى ما تقف. الآن وقد اتضحت لك الأمور، فلك أن تُوكل فرقاً أو أشخاصاً لِتَولي مهمات تنوب عنك لفترة من الوقت. دعني أصارحك أنك يجب أن تكون مثالاً للالتزام بالوقت ومُنَظِّماً كالساعة لتتقن أيّا من هذا. إن تحديد الصلاحيات وكمية المال الممكن صرفها، وكذا الوقت المحدد للقيام بالمهام هو بداية النظام.

فمثلاً قررت أن تقوم بتجديد 20 محطة إسعاف على الطرق الرئيسية للبلد، فيجب أن توكل فريقاً للقيام بالتخطيط صارفاً مائة ألف، ويرجع إليك بعد شهر. ثم توكل فريقاً آخر بالبدء في إنجاز التجديدات لعشر محطاتٍ مختارة في غضون ستة أشهر بمليون، ثم ترسل فريقاً ليُقوِّم ما تم من العمل، ثم تُوكل بالتجديد للعشرة الباقية. قد تظن أن هذا روتينٌ مقيت، ولكنه عبارةٌ عن كوابح تمنع أي تلاعب بالنظام، ويجب أن يرجع الكل إليك للانتقال من مرحلةٍ إلى أخرى. سيمر الزمن وتوكل هذه المهام لأشخاص يستحقون الثقة، والأهم أن العمل استغرق المدة المحددة له وإلا فلن يُصرف قرشٌ واحد. يمكنك أن تَزور أحد هذه المواقع لتتأكد بنفسك من قيام اللجان بعملها على أكمل وجه. هذا يُسمى بمبدأ "تراكب الإشراف" حيث تشرف كل جهةٍ على شيء معين يتراكب منه البعض من مهمات الجهة الأخرى.

سيأتي أيضاً يوم توكل بعضاً من المهام ذات الطبيعة الخاصة لأحد مستشاريك؛ كالتعاون الدولي أو لدراسة استعداد بلدك لكوارث، أو حتى لتقييم مدى انتشار المخدرات في منطقةٍ معينة. أخبِره بثقتك فيه وأَمْلي عليه شروطك بأن يستعين بذوي الخبرة وأن الرقابة الداخلية ستدقق في المصاريف والأداء. بعد فترةٍ ستعرف بمن تثق ومن يمكنك إعطاؤه صلاحياتٍ أكبر. لا تنس أنك تحتاج إلى من يخلفك في عملك، وهذا جزءٌ أساسي من أي شركة عابرة للقارات بأن يجهز من يديرها خطة للإدارة لمن بعده.

الإنسان المناسب

هنا يجب أن نقف دقيقةً كي نستعرض من يستحق ثقتك للقيام بالعمل. مما تعلمته في حياتي القصيرة أن الولاء له مدة صلاحية، وغالباً ما ينتهي بمثل السرعة التي ابتدأ بها. مشكلتنا العربية تكمن في "تقديم الولاء على الكفاءة"، حتى وإن انعدمت الثقة، فمن يتملقك أفضل ممن أظهر عيوبك ونصحك. إن كنت ستعتمد على تقديم الكفاءة أوّلاً فجهز نفسك للانتقاد. فأنت – ابتداء بنفسك -كأي إنسانٍ آخر تتولى عملا أنت مسؤول عن جودته، وإن انتقدك أحدهم، فربما كان محقا، فتصحح من أدائك، أو كان مخطئا فتمضي فيما أنت عليه. هذا لا يعني أن تصبح قابلاً للنقد على كل صغيرة وكبيرة، وتسكت عن شتمك والتعرض لك، فلا بد أن تكون مهيباً بين المفسدين، وليُعْرَف عنك قُوَّتك في الحق.

يكون الإنسان مناسباً لعمله إذا استوفى شروطه الأولية، وأنت من يحدد الشروط لكل عمل توكله؛ فالمفتش الصحي أهم شيء فيه مخافة الله وسلامة الذمة المالية، ثم المعرفة بما يفتش. الصفة الأولى لن تدل عليها علامة طول السجود أو اللحية، بل الصلابة في مواقف سابقة والسمعة المتداولة، والصفة الثانية تحتاج إلى ترتيب أولوياته وما يَسمح به مما لا يَسمح. أما في حال انعدام مخافة الله في عامة المجتمع، فالحل هو تداخل الرقابة على شكل دوائر، وهذا ضروري في مجتمعات انعدمت فيها الأخلاقيات كمجتمعاتنا. الفكرة الأساسية هي تصعيب الاتفاق بين المُفتِّش والمُفتَّش عليه، ويمكن أن يتم بطرقٍ عديدة أكثرها جدوى طريقة الجدول. كأن يُحدَّد مكان لكل مفتش يُعرَّف به صباح التفتيش فقط، ويدخل نفس المكان عشوائياً في نطاق مفتش آخر بعد حين من الوقت، ثم تتم مطابقة النتائج بالكمبيوتر لاحقا. كما يمكنك تدعيم التفتيش بكاميرا فيديو للمكان - وما أرخصها - ليتم الاحتفاظ بالتسجيل كدليلٍ على المفتش. كلمة السر اسمها "عشوائي متكرر" أي أن يتم التفتيش بانتظام لكن على أمكنةٍ عشوائية. لا داعي أن أنبهك إلى ضرورة نفي أي مفتش يثبت تلاعبه أو تقاضيه مالاً إلى أقرب سجن وبلا تهاون أيا كانت الأعذار.

مما يجب التحذير منه هو استعمال ذوي القربى والحظوة ممن لا نصيب لهم من الخبرة أو التأهيل، لأنك سوف تكون هدفاً لكل أب يريد تعيين ابنه، ولكل قريبٍ يريد الإستنفاع منك بِعَرض أو خدمة أو حتى عناية مميزة. ولا تكن كوزير صحة عَيَّن ابنه، وبعد مرور تسعة أيام فقط من تاريخ تعيينه، تَمَّ صرف مكافأةٍ شاملةٍ له مثبتة بالوثائق. وزير الصحة هذا تم تعيينه كرئيس للمجلس الأعلى للجامعات في تعديلٍ وزاري، كمكافأة على إنجازاته الغير مسبوقة!

الحل هو أن يشتهر عنك كرهك لكل وسائل التسلق والتعدي على حقوق الغير. هنا ينبغي لك الوقوف على جدول التعيينات في وزارتك، بل وإيقاف أي ترقياتٍ حتى تتأكد من سلامة الإجراءات. اِعلم أنك ستُكره وستُنبذ على الصعيد الأسري، ولكن ذلك

أفضل لك من وزيرنا الهمام - في وزارةٍ ما في أحد بلادنا العامرة - الذي زور فيها كل كوادر العمل وِفْق خطة لإحلال عشيرته الأقربين تدريجياً مع كل ترقية سنوية إلى مراتب المدراء، وملأ كل فراغ وظيفي جديد بهم. ثم نأتي أنت وأنا لنسأل: لم نحن طائفيون؟

هناك أيضاً مشكلة أخرى متعلقة بالجنس كالذكر والأنثى والأقليات أو حتى الديانات في بلدك، فنحن قوم فينا تعصب. شَكَى لي مرة طبيبٌ أجنبي مسيحي يعمل في بلدٍ إسلامي من تعصب الناس ضده، رغم أنهم يبتسمون في وجهه ويَوَدّون محادثته. فطمأنته أنه لو كان مسلما لتعصبوا ضده لأنه غير عربي، ولو كان عربياً فلأنه غير مواطن، ولو كان مواطنا فلأنه من خارج القبيلة، وإن كان من داخلها فلأنه من الأطراف لا من المركز. نحن قوم أَجَدْنا البحث والتنقيب عن أسباب الاختلاف لا الاتحاد، فحتى العائلات الحاكمة توجد لديها درجات، فما بالك بعامة الشعب! وأنا هنا أدعوك أن تترك العصبيات الجاهلية وأن تثق في الإنسان لأنه كفؤ دون النظر إلى ديانته أو عرقه أو لون جلده. لا يجب أن يحبك العاملون معك - وليس عندك - ولكن يجب أن يحسنوا أعمالهم.

قد تلحظ أيضاً كنزا - كل فترة من الزمن - مدفوناً بين الناس، إن أحسنت صقله وتدريبه يصبح ذا فائدة عظيمة كالجواهر تماماً؛ إنهم المبتعثون للدراسة بالخارج. هؤلاء غالباً ما يكونون من المجتهدين حقّا، وتركوا أوطانهم طلباً للعلم، فمنهم من رجع ليعاني الأمرين ومنهم من آثر عدم الإياب. هناك طرقٌ عديدةٌ للاتصال بهم عن طريق سفاراتنا في الخارج، أو عن طريق الجامعات المنتدبة لهم. إنهم قادرون على إنجاز العمل بطريقةٍ خَلّاقة عما اعتاد عليه أهلنا، ويمكنهم تحسين النظام كل على حِدة.

كما أنني لاحظت في الغرب استعانتهم بقضاةٍ سابقين للقيام بكل لجان التحقيق والتفتيش في الخطير من الأحداث. قضاتنا المحالون على التقاعد أو أوشكوا، سيسعدون بالقيام بالتقييم الصحي للوضع من وجهة نظرٍ متأنيةٍ وغير طبية، وهُم أَقدر منا على قراءة الأنفس واكتشاف مواطن الغش. هذا يؤكد أن كل إنسانٍ غير عامل في القطاع الطبي أو مريض إنما هو إنسان مشارك بلا جدل.

الفحص الميداني

إذا كانت هناك خطوة إذا فُعّلت استقام النظام، وإذا أُهملت فَسُد، فهي بلا شك الفحص الميداني. إنها الاختبار الحق الذي تستقيم به معرفة الأوضاع على الأرض. أَسمع كل حين وآخر عن قيام وزيرٍ لأي شيء - وَهُم كثر عندنا - بتفقد أحوال المواطنين، وأَسْعد عندما أعرف أن سيادته نزل بنفسه وتكلف عناء لقاء الناس. ثم تظهر لي الجوقة المحيطة به وقد أنذرت كل من في المكان بموعد الزيارة بشهرٍ على أقل تقدير، ثم أمروا بالورد ليُنشر وبعامة الناس ليُطرَدوا، وبممثلين يقومون بشكر الوزير على كل خدماته الجليلة

التي ترفع قدر الوطن والمواطنين. لهذه الأسباب اعتاد المواطنون العرب على تجاهل مثل هذه الأخبار لأنهم بفطرتهم أدركوا عبثية العرض ومسرحية التقديم.

إن كان لك أن تقوم بمثل هذا الخطوة التعليمية فعليك اختيار أماكن الزيارة وتواريخها بنفسك، ودون ترتيب مسبقٍ وبدون إيعاز من مستشاريك. أنت المسؤول عن سير العمل، وأنت من يقرر ما يُفحص ومتى يتم ذلك. سيُخوّفونك بأن فرق الاغتيال تنتظر خروجك بمفردك في الظلام، وبأن المكان يحتاج لتأمين. هل تريد أن تعرف الحقيقة فعلاً أم لا؟! لكنك لن تزور أي مكانٍ يقدم خدمات صحية عبثا، ولكنَّ أُسُس اختيار المكان يجب أن لا تبدو واضحةً للمنجمين. فمثلاً يتم إنشاء مستشفى في مدينة أخرى، لتحدد إذاً وقتا في منتصف الشهر القادم، ولتزر غداً مركزا لغسيل الكلي ثم مستشفى خاصا بعد أسبوع، وربما وحدة صحية نائية الأسبوع الذي يليه.

أنت تحتاج لزيارة أماكن عدةٍ كل أسبوع تقريباً كي تَطَّلع على الوضع الميداني، وإلا فمن يراقب مصانع الدواء ومعامل التحاليل؟ وحملات التوعية والتطعيم؟ ومصانع الغذاء وحتى المطاعم؟ والكثير غيرها مما يقبع تحت مسؤوليتك؟ هل كنت تعرف بوجود استراتيجية إدارةٍ اسمها "الإدارة بالتجول عشوائيا"، عمادها مراقبة وتصحيح الوضع مع التحقق من خطوات التنفيذ؟ في اليابان توجد فلسفة الأرض الواقع لأي مشروع "جمبا"، وبالتالي فهي الحَكَم النهائي للجودة، ومَنْ لا يتواجد هناك باستمرارٍ فهو معزول عما يحدث فعلا.

هناك أيضاً أماكن يجب زيارتها لفضح المفسدين والتأكد من عمل المدققين؛ مثل كراجات سيارات الاسعاف وأماكن تخزين الأدوية ومستودعاتها والمباني المصنفة على أنها مستأجرة لحساب وزارتك ويُدفع أجرٌ شهري أو سنوي لاستخدامها. ولا تنس تفقد دُور المسنين وكل من زعم إنشاء جمعيةٍ لعلاج مرض معين وأَخَذ مالاً تبرعياً عليه. هناك أيضاً الكثير من الأوقاف أو الأراضي المسجلة تحت وصاية وزارتك ويجب التأكد من سلامة مبانيها وأراضيها من عبث العابثين. لا تستغرب إن وَجدت الأراضي الخالية قد استحالت أبراجاً سكنية أو تُستخدم من قبل بلطجية محليين كمواقف أو مخازن أو حتى مقالب نفايات. الزيارة لا تعني أخذ نزهة في المكان، بل توثيقها وتكليف فريقٍ قانوني بسحق من يثبت ولوغه في المال الحرام، ومن ثَمَّ تحسين الإجراءات وتغيير البروتوكولات لتجنب مثل هذا مستقبلا، وسد كل ثقب - قانوني أو مالي - ينفذ منه المفسدون.

قد تتساءل كيف أخطط للنظام وأنا مستمرٌ بالقفز هنا وهناك؟ وأجيبك بسؤال: كيف تخطط أصلاً وأنت بمعزل عن الواقع وسير الحياة؟ أتظن أنك بكونك وزيراً لم تصبح مواطنا تعيش بين الناس؟ الانتقال سهلٌ وصديقك وزير الدفاع قد يسمح لك باستخدام مروحيته أو يهدي وزارتك واحدةً مما أفاء الله به عليه. ثم أنا لا أسمع شكواك وأنت تقفز من مؤتمر إلى آخر للصِحَّة في بلدان العالم

الأول طلباً لتغيير الجو والتسوق؟ زياراتك المتكررة تبعث الرعب في قلوب المفسدين وسترى بأم عينيك تحسن الحال بمجرد ظهورك في مكان. قد يكون التحسن لحظيّاً ولكنني أؤكد لك أن المفسدين سيتابعون خط سيرك وسيراقبون أفعالك عن كثب.

زيارتك أيضاً يجب أن لا تكون عبثية؛ فلا بد من تقريرٍ مسبقٍ عن الوضع التشغيلي هناك، يقوم به من تثق فيه وتزداد ثقتك أو تنقص بما تراه أنت على الأرض هناك. ثم تُوَكِّل أحد مساعديك لوضع نقاط النقص في قائمة وإمدادهم بالمعونة المالية والخبرات، ومحاسبة المُقَصِّرين. هل انتهى عملك؟ طبعاً لا، فَسَيْر العمل لابد من مراقبته والفحص مجدّداً بعد الانتهاء ليُعْرَف أأحسنت صنعاً أم ما زلت بحاجة للإتقان. لا بأس أن يقوم مساعدوك ببعض العمل، لكنك الوزير، والتخطيط هو من صميم عملك. طبعاً سيمتلئ جدولك بالزيارات الميدانية ويجب على مساعديك أن يواكبوا خطواتك، فلكل زيارةٍ مؤجلة أمدٌ محدود يقومون بتذكيرك به. ضع نفسك في مكان الكادر الطبي عندما يعلمون بوزير نشط دائم الزيارة لهم أو لغيرهم، ما هم بفاعلين؟ النشيط المُنجِز منهم سيكون فرحاً فخورا، والكسول المُفسِد في الأرض سيكون متحفزا مقهورا. ما رأيك لو خصصت مبالغ مالية بسيطة على شكل شيكات توزعها على المتميزين من العاملين بيدك؟ إن مقدار هذه المكافآت لا يصل لثمن جهازٍ مقطعي طبقي واحد هذه الأيام، ولكنه يرفع هِمم الناس ويشعرهم بمدى اهتمامك بهم فينتقل هذا حبّاً وعناية للمرضى.

هناك عنصرٌ آخر للفحص الميداني وهو الاستماع إلى شكاوى الناس، وهؤلاء مجرد استماعك يعني لهم الكثير، كما أنه يجعلك على اتصال دائم بنبض الناس وهمومهم. لا تخجل من استلام أوراق مكتوب عليها شكاوى، ولا تيأس من كمية الفقر والجهل والمرض الذي ستواجه. وإذا كنت ولابد سائلاً عن مقدار التغطية الإعلامية، فأنا أنصح بالوسط؛ فلا الكثير كمن يترشح للانتخابات، ولا القليل كخبر ضياع قطة. يجب على الإنسان المشارِك أن يعلم أن هناك جهداً يُبذَل، وعلى الكادر الطبي أن يعرف ما له وما عليه، وأخيراً يجب على المريض أن يعرف أن هناك من يسعى في سبيل شفائه.

الرقابة والشكوى

ليس كل ما يحدث من أخطاء يمكنك رؤيته بالعين المجردة أو قراءته في تقرير، فالكثير من عظام المصائب تحدث في غرف عملياتٍ مغلقة، وأمراض تنتشر بجهل الطبيب والمريض معا، وأخطاءٌ طبيةٌ لا تبرز على السطح نتيجة الخوف من الانتقام أو حتى لتواطؤ الكادر الطبي. هنا يجب أن يقوم نظام للشكوى قادرٌ على معالجة هذه الأمور. الطامة الكبرى عندنا أن السلبية تجري في دمائنا بحيث تظن أننا خُلقنا هكذا، لكن هناك دائماً بصيص من الأمل. فلقد بدأت أَلْحظ تغيرا في أسلوب تعامل المثقفين منّا مع ما يجري

حالياً على عالمنا من التغيير وانتشار وسائل التواصل.

إن الناس لتشتكي، ولكنها لا تجد طريقاً يوصلها إليك، فما أن تجلس مع أحدهم حتى يبدأ بسرد قصص من الرعب حصلت له شخصيا في وحدات يُفترض بها التخفيف على الناس لا زيادة معاناتهم. كما أن وسائل التواصل الاجتماعية تخدم نفس الغرض، ولكن كل إنسان وأصدقاؤه يتشاركون في حلقاتٍ ضيقة غالباً بعد مرور الزمن وضياع الحق. لقد وصل الحال ببعض المواقع التابعة لوزارة صِحَّة عربية، التي فعّلت خاصية التعليق، أن تصلها 50 رسالة شكوى على مدى شهرين، لتمنع الخاصية وتعود جموع الوزارة إلى سابق سباتها. يجب على وسيلة التواصل سرعة التبليغ، وسرعة الاستجابة من طرفكم، وهذا لا يتم إلا بوضع النظام ثم تعريف الناس بحقوقهم. إن مجرد تخصيص بريدٍ إلكتروني خاص بك يقوم عليه بضع شباب كاف لحل هذه المشكلة وإليك بكيفيتها.

إن انتشار الإنترنت في العالم العربي قد دفع بالكثير لتعلم أساسيات الحوسبة، فمن النادر أن تجد من الشباب من لا يمتلك بريداً إلكترونيا وصفحة للتواصل الاجتماعي. إن كل أسرةٍ تقريباً يفصلها عن البريد الإلكتروني شخصان على الأكثر حتى في القرى والأطراف. كل ما يلزمك إذاً هو عنوان بريد يشرف عليه شخصان ويقومان بتصنيف الوارد إليهما لتقرأه أو تحيله إلى من تثق بسرعة وحسن تصرفه. مجرد تواجد تفاعلٍ من طرفك، سوف يزيد الناس إصرارا على التبليغ والمطالبة بحقوقهم. في كل مرة يرسل أحدهم إليك رسالة ترد بأنك سوف تبحثها ثم تبحثها فعلا. إنك لو أدرت وزارتك كشركةٍ ناشئةٍ صغيرة، فلسوف تُفلح فلاحا شديدا، كل ما أقوله لك هو مسلمات في عالم الشركات.

كما أن انتشار الهواتف المزودة بكاميرات قد حلّ أول مشكلة في الشكوى، وهي الإثبات، فالصور تتكلم بنفسها، فتُعَوِّض عن قصور التعريف وعجز البلاغة. كل ما يلزم أحياناً هو أن يلتقط أحدهم فيديو للحادثة حتى تتضح كل ملابسات القضية. ولكي تزيد من فاعلية هذه الوسيلة، فبإمكانك إيفاد موظفين عاديين لالتقاط صور لأي منشأةٍ تتبع لوزارتك في أي وقت، حتى تَطَّلع على الأوضاع بنفسك. هذا يحل مشكلة تواجدك في كل مكان بنفس الوقت. يمكن لهذا كله أن ينطبق على كل المفتشين في المطاعم والأسواق ومصانع الأغذية وصولاً للوحدات الصحية النائية ومخازن الأدوية.

ما أريده من سعادتك كطبيب، أن تتصور مدى تحمل المسؤولية في الوسط الطبي إن عَرَفوا أن كل مواطن يستطيع إرسال شكواه إلى الوزير مباشرة، وأن يصلهم خطابٌ رسمي يستفهم منهم ملابسات الحادث. سيدب الرعب بلا شك وسيحاول كل منا بذل قصارى جهده لتحسين مستوى الخدمة. أنت حتى الآن لم تهدد ولم تطرد ولم تحقق في خيانة أمانة، أو حتى تُحِل على القضاء أحدا، كل ما فعلته أنك أظهرت اهتمامك وبدأت رحلة التقصي.

حسنا، ماذا إن لم تُفلح كل وسائل التلميح للكادر الطبي في حل الاستفهام؟ أنت في حِلّ لتكوين لجنةٍ فعالة (لأن الصورية موجودة فعلا) لمعالجة هذا الخلل. ما يحدث الآن هو أن تُشكَّل لجنة من أصدقاء الطبيب ليخلصوا أنه ما زال ضمن الأخطاء المسموح بها عالميا ويضيع حق المريض. إن فقدان عضوٍ أو نفس لَهُو خسارة كبرى، لأن ما أدى لهذا الفقدان ما زال يهوِي بمعول الهدم في غيره من البشر، ولسوف يتذوق آخرون نفس السم يوماً ما، وربما غدا. قال لي يوماً عضو في هكذا لجنة؛ أنه ما دامت المضاعفات مكتوبة في كتابٍ ما، أيا كان، فهي ممكنة، ولذلك يخرج الطبيب حرا طليقا. تصور أنه يجب على الطبيب أن يخترع مرضا جديدا لم يخطر على بال أحد حتى يُدان بخطأ طبي!

الحُجج المُساقة غالباً هي أن الطبيب كان تحت ضغطٍ نفسي وحمل العمل المجهد، وكأننا كلنا نمارس اليوغا في العمل! هناك فرق جلي بين الخطأ الطبي الناتج عن إهمال جسيمٍ أو حتى متعمدٍ (حالات الكراهية والعنصرية)، وبين سهو أدى لمضاعفات أو تأخير شفاء. هناك أيضاً فرق واضح بين جراحة معقدة بِنِسَبِ مضاعفاتٍ عالية، وبين معالجة روتينية أدى الإهمال فيها إلى فقدان نعمة الصِّحَّة. اللوم لا يقع على الكادر الطبي فقط، فهم غير مؤهلين لا علميّاً ولا تجهيزيا، ويتحمل المرضى جزءاً كبيراً أيضاً بالذهاب إلى العلاج متأخرا، وعدم اتباع التعليمات أساسا. كما تتحمل أنت عزيزي الوزير المسؤولية كاملةً عن كل ما يجري لأنك المتحكم في سير الأمور. ربما يختلط الأمر على عامة الناس حينما يتعلق الأمر بوفاة تحت التخدير، فالأمر شائكٌ حقّا، ولكن كيف تشرح نسيان آلة جراحية ببطن أحدهم؟! وكيف تُبَرِّئ من كسل عن اختبار الحساسية لمضاد قبل حقنه بالوريد؟ وكيف تغفر لطبيبة توليدٍ غابت عن المستشفى نصف يوم عمدا لتموت فيه امرأة وجنينها؟ وكيف تنام وأنت تعلم أن وحدات غسيل الكلي تُميت كل يوم مريضاً لغياب الإشراف؟

أتذكر بكل وضوح ترتيبات شركةٍ متعاقدة مع وكالة الفضاء الأمريكية (ناسا) عندما انفجر لها صاروخ كان يحمل شحنة غذائية ومعدات لمحطة الفضاء الدولية. أول هذه الترتيبات هو إطلاق خطٍّ ساخن وبريد إلكتروني للتبليغ عن أي حطام يتم العثور عليه. ثم إرسال فريق لتعويض الناس عن الضرر الحاصل إن وُجد، ثم استلام الحطام، فإعطاء مكافآتٍ مالية كعربون شكر. هذا يحدث مع حطام متفحم، فما بالك بصحة أناسٍ تتنفس وتمتلك إرادة وفكرا أو حتى أحاسيس ومشاعر.

التجهيزات

تتحمل وزارة الصِّحَّة كل عجز عن التجهيزات الصحية حتى أبعد وحدةٍ صحية على حدود الدولة. إن أي مشروع صحي عملاق لبلد يجب أن يحتوي على منظومة إمدادٍ وتموين وصيانة تشمل مفاصل العملية العلاجية. ما يحصل حالياً هو شراء الأجهزة البسيطة قبل

المعقدة من الخارج بضعف الأثمان، ثم إلقاؤها تحت عِبءٍ روتيني يضمن أن تُهمل أو أن لا تستخدم أصلاً. في بعض بلداننا العربية توضع أجهزة الطوارئ والإنعاش داخل صندوق مغلق بمفتاحٍ مع المشرف، يحفظه في بيته لأنه يوقع يوميا على سلامة الجهاز، فكيف يُستخدم إذاً؟ في نفس الوقت تعج بعض وسائل النقل العامة في بلدانٍ غربية بأجهزة إزالة الرجفة القلبية لاستخدامها من قِبل الركاب! كما أنني عرفت تقنياً ينتزع سلكا كهربائيا داخل جهاز ليزر علاجي، ويخبر الناس بأنه غير صالح للعمل ليجلس ويرشف الشاي طوال النهار إلا إذا سأله أحدهم عن مكانٍ آخر يجري الفحص، فيأخذ منه مبلغا ليوصل السلك فتبعث الروح في الجهاز مرة أخرى!

هنا يسأل طبيب كيف يقيس الحرارة من دون مقياسه؟ وكيف يُشخِّص عدم انتظام ضربات القلب من دون إجراء تخطيطٍ له؟ وكيف يراقب نمو جنينٍ من دون موجات صوتية على بطن أمه؟ وأسألك أنا كيف تتوقع أن تحسن هذا الوضع ببناء مستشفى أو استيراد أجهزة مسح إشعاعي من الخارج؟ إن استمرارية العلاج تستوجب استمرارية التموين، لا أن تَستورد شحنةً ثم ترجع إلى سباتك الشتوي. هنا بالضبط يبدأ المحبطون فيجادلون باستراتيجيات السوق، وحال البلد، وسعر العملة وتَخَبُّط البورصة ليخلطوا بين الحابل والنابل لتتم صفقاتٌ بعمولات. كم من الصعب أن تُنشئ مصنعا لأجهزة قياس الضغط والحرارة، وموازين للأطفال والكبار، وسرائر للمستشفيات، وطاولات للعنابر ومكاتب للأطباء؟ كم من الصعب أن تجمع مكونات أجهزة موجاتٍ صوتية أو أشعة سينية أو حتى أجهزة طردٍ مركزي للمعامل وتلسكوبات للمختبرات؟ تصفح موقع "علي بابا" لتتعلم أن كل الناس أصبحت تحسن مثل هذه الألعاب.

ربما تحس أن المشروع فوق طاقة وزارتك، وصعوبة التشغيل تمنع المحاولة، فلم لا تعطي الخبز لخبازه وتستعمل رجال الأعمال ليقوموا بمثل هكذا عمل؟! أنت ستشتري بمواصفاتٍ وسعر محدود، وستشارك جزئيا في رأس المال وتتبرع بالأرض، وفي المقابل تحصل على مصنع يُزوّد كل وحداتك الصحية بما يلزمها. إنك إن تمعنت في أَعقد الأجهزة، لرأيتها تتفكك إلى مكوناتٍ صغيرة يسهل تصنيعها أو استيرادها. كم هو صعبٌ إنشاء مصنع للخيوط الجراحية والمشارط؟! أم كم هو صعب إنشاء مصانع للشاش والإبر والمحاقن والأنابيب الدقيقة ذات الاستخدام الواحد؟ حزنت جدّاً عندما علمت أن دولةً عربية مات عندها المئات من الأطفال الخدج نتيجة تأخر إيصال الأكسجين من الميناء المستورد منه إلى حاضناتهم.

يحلو للبعض أحياناً أن يجادل بأن بعض دولنا لا تستطيع حتى إطعام نفسها فكيف لها أن تعد هكذا منظومة؟ أجيبه بأن بعض دولنا لا تستحق أن تسمى دولا، فصافي ربح إحدى الشركات الأمريكية البائعة للوجبات السريعة يربو على ميزانيتنا، فما فائدة الوطن إذاً؟ ولِمَ نقرأ كتابا كالذي بين يديك؟ أفقر دولنا العربية يعج بالخيرات، ولكنه منهوب ومشكلته الأساسية إدارية بحته، لو تولاه استعمارٌ لأحسن استخدامه وتفعيل مقدراته! أتعلم أن أول شيءٍ قامت به حكومة عربية تخلصت من الاحتلال البريطاني هو نزع كل قضبان قطارٍ يربط بين مدنها الثلاث الرئيسية لأنه رجسٌ من عمل الشيطان! والآن بعد ستين سنة لم تنشئ وسيلة نقل أسهل وما زال

الناس يعانون ويلات التنقل!

حسناً ما حجة وزارة صحة في دولة عربية ألغت تعاقد مصنع ينتج محاقن بلاستكيةً عالية الجودة محليا لأنه تابع لوزارة الصناعة، وتعاقدت مع مُورد لنفس المحاقن من الصين بضعف الثمن ونصف الجودة؟ نفس الشيء حصل مع مهندسٍ شاب استورد الآلات لتصنيع العدسات اللاصقة محليّاً بجودة عالية، وغطى معظم احتياجات السوق مع إمكانية التصنيع حسب الطلب. يُفترض أن وزارة الصحة ستقوم بمساعدته، ولكن الوكيل المستورد للسَّيء من العدسات اللاصقة قتل مشروعه برشوة جيشٍ من المفتشين (الحكوميين التابعين لوزارة الصحة) تناوبوه باستخدام كل حيلة حتى أفلسوه.

الاستعانة بصديق

أنا متأكد أنه سيأتي وقت تقف فيه وحيداً وحائرا. سوف تتمنى من كل أعماقك لو ترحل إلى بيتك متخلصا من هذا العبء الثقيل أو تأوي إلى ركن شديد. ولكنني أؤكد لك أن العديد ممن سبقك، بل والعديد ممن في موقعك قد راودته نفسه عما يراودك. الحق أنك لست وحيداً في حبك للإصلاح وهدم الباطل وإقامة نظام كشجرة طيبة أصلها ثابت وفرعها في السماء، ولكن لن يأتي أحد لمساعدتك ما لم تطلبها. أول من يمكنه المساعدة هي جمعيات تطوعية تمارس جهاداً إنسانيا ضد الحكومات الفاسدة عموما، في ظل الحرب والفاقة وطمع الشركات الملتهمة للثروات. دعنا نضرب مثلاً بـ "ميداكت"؛ إنها منظمة غير ربحية وتقوم على تبرعات منتسبيها من العاملين بالقطاع الصحي، وتقع مبانيها في بريطانيا. كما أنها غير معنيةٍ بالسياسة لا من قريب ولا من بعيد، وتحارب على أربع جبهات محاولة نزع أسلحة الدمار الشامل، ومنع الزج بالأطفال في الحروب، كما تهتم بالتغيير المناخي وقضايا البيئة، العدالة الاقتصادية وأخيراً حقوق الإنسان الطبية، وهنا تتقاطع طرقكما. إن ميداكت تمتلك أكثر من 250 خبيراً ومتطوعا، وخبرة تربو عن عشرين عاما في محاربة الفساد الطبي، الإداري والمالي للحكومات. مجرد استعانتك بلجانٍ منها، سيسهم في تدريب فرق وطنية كاملة لإحداث تغيير. هناك جمعياتٌ أيضاً في الولايات المتحدة الأمريكية تتشارك في ذاتية التمويل، الحياد السياسي والرغبة الجادة في المساعدة منها "أطباء من أجل نظامٍ صحي وطني".

قد يعتبر هذا تدخلاً خارجيا من دعاة الوطنية الزائفة، حيث لا يمانع بعضهم في أن تفتك بنا الطفيليات مدعومة بالجهل، بينما يمانعون أي تدخل أجنبي لمحاولة المساعدة. الحقيقة أيها الوزير أن شعوبنا العربية أصبحت وبكل أسفٍ لا تأنف الفساد، بل وعلى العكس، تستسيغه أحياناً تحت مسميات "الرضى بالأمر الواقع" و"أن ما تعرفه خير مما لا تعرفه". التغيير سيّئ الصيت عندنا، ولكن العالم

يعج بالمصلحين من دون مطامع، وهم على أشد الاستعداد للمساعدة إن سمحت لهم. هنا يلزم الحذر من الاعتماد المطلق على نتائجهم، ولكنهم خطوة في الاتجاه الصحيح. هذا لا يعني أن كل مؤسسةٍ تُعنى بحقوق الإنسان حميدةُ النوايا، بل أن معظمهم ممول من جهات معادية لك، وغرضهم كمخلب قط؛ استغلال ثغراتٍ في نظامك لابتزازك.

ربما يكون دور هؤلاء هو النصح والتحقيق في قضايا مسبقة تُسند إليهم، وينتهي عمل كل لجنةٍ بانتهاء أجلها وتحقيق هدفها. الأمر عندك لا يكون على عاتق المنظمات، لأن حروباً داخلية تقع أحياناً فيما بينها على التمويل، وخاصة إذا تعلق الأمر بسياسة دولة عظمى تضمر شرّاً لنا. إقفال الباب نهائيا أمام هذه المنظمات والتجمعات الإصلاحية لا يساهم إلا في ارتقائنا لجداول الفساد في العالم، التي تصدرها منظمة الشفافية العالمية، حيث نتصدر وبكل جدارةٍ أعلى القائمة. ما يجب أن ألفت عنايتك إليه أنه لا توجد أسرار قومية بوزارتك، فالعالم كله يعرف أننا نعاني من المرض والجهل والفساد.

هل تعلم أن موضة جديدةً تنتشر بين الشركات المصنعة للأدوية تسمي "المسؤولية الاجتماعية"؟ هذه تعني أن تقوم الشركة بدورها في المجتمع بدءا بالتبرع، ثم توعية المجتمع، ثم وضع خططٍ لمنع المرض والوقاية من الأوبئة. هذه السياسات ليست لوجه الله، بل للتعرف والتغلغل في المجتمع وبالتالي زيادة المبيعات. ما يمكنك استغلاله هو التنافس المشروع بين الشركات لوضع خططٍ بَنَّاءة وخلاقة تناسب مجتمعك. ما تحتاجه منهم بالضبط هو جيش الخبراء المجاني في صفوف الشركات، حيث بإمكانهم وضع خططٍ للتدريب والإحلال والتنمية، بل وحتى للاستخدام الأمثل للميزانية المحددة لكل مشروع. بقليلٍ من التصرف يمكنك استغلال الثغرات فيما بين الشركات، لإعطاء وزارتك دفعةً إدارية طالما تمتعت بها الشركات الخاصة حكرا.

المساعدة لا يجب أن تكون مشروطةً سياسيا، أو مرتبطة بمعونة، فالمجتمع نفسه راغب في تحسين الوضع الراهن السيئ. فَتْحُك الباب للمساعدة، سيجلب الكثير من الفُرُق المجهزة، ودعني أضرب لك مثلاً واحدا؛ مجموعة من طلبة طب مسؤولين عن نشاط عَرَّبْتُ اسمه بـ "رذاذ الأمل"، هدفهم المعلن والوحيد هو تلوين أقسام الأطفال بالمستشفيات الحكومية، حتى يحب الأطفال البيات بها ويهونوا عليهم مرضهم. لهم ستة فروعٍ في المدن الكبرى، وقاموا بصباغة سبع أقسام حتى الآن في ظرف عامين. مشكلتهم الأساسية هي صعوبة الحصول على تراخيص دخول الأقسام والقيام بالصباغة! أنت تعلم أن نفس هذه الأقسام يُسرَق منها حديثوا الولادة بكل سهولةٍ نتيجة تراخي الحراسة، لكن إن همَّ طلاب طب بصباغة الجدران وجلب ألعاب للأطفال، يُمنعون بحجة انعدام الترخيص المناسب!

الْفَصْلُ الرَّابِعُ:

إِشْرَاكُ الْمُجْتَمَعِ وَالشَّفَافِيَّةُ

أعرف أني أثقلت عليك سيادة الوزير وحمّلتك فوق ما تحتمل، لكنك لست وحيداً، فكل الناس تكره المرض، فَلِمَ لا تشركهم ضمن هدفك الكبير؟ نعم، إنهم لا يرون مخططك كما يتجسم بعقلك، لكنهم قادرون على المساعدة إن سمحت وبيّنت لهم كيف. ولكني أُحذِّرك أن الناس بعمومهم ليسوا أغبياء، ويوجد عندهم الكثير من سوء الظن فيمن سبقك، ولذلك أقرنت لك إشراك المجتمع مع الشفافية بهذا الفصل. وجود سياسةٍ شفافة هو سلاح ذو حدّين، فأنت بغير غطاء يَمنع الناس من التطاول عليك ونقدِك، بل وحتى مقاضاتِك والتعرضِ لذاتك، ولكنه في الحد الثاني ضمان للمجتمع من كل مكيدةٍ وغش. أتَعْلم أن قانون الشفافية بالكيان الصهيوني - برغم هوسهم أمنياً - يجبر كل الوزراء على الإدلاء بجدول أعمالهم للأسبوع المنصرم حتى يتسنى للناس معرفة ما فعل هؤلاء بوقتهم ولِمَ تقاضوا رواتبهم؟!

وسائل الإعلام

العرب كافة فشلوا في استغلال سلاح الإعلام حتى لعرض قضية فلسطين التي تم احتلالها عياناً بيانا، وما زال أهلها فيها يشهدون بملكيتهم للأرض، ومهاجروها يشهدون بمجازر دموية، فما بالك في توعية المجتمع بصحته! إن العربي العادي لا يقرأ، والمثقفون انتقائيون، والنُّخب تُرَوّج لما ينفعها إن قرأه الناس، وأخيراً القراء والمثقفون هم أبعد الناس عن دوائر اتخاذ القرار. ولكن أين الصِّحَّة عموماً من إعلامنا؟ إذا أجريت إحصائية لعدد المقابلات الإعلانية مع الأطباء مقارنةً مع عدد المسلسلات والأفلام ومباريات الكرة ستجد أننا نستحق ما نحن فيه من مرض وجهل. إن عدد قنوات الأغاني المتخصصة يُتخم تلفازك بينما تكاد لا تجد قناةً واحدة تهتم بالصِّحَّة. السبب أن الأخبار الصحية مضجرة وجالبة للكآبة، ولذلك نادراً ما يشاهدها أحد، كما أن بعض السياسات الحكومية تعمل على تجهيل المواطنين وتخديرهم. الصحف والمجلات والإذاعات تعاني نفس الروتين المقيت، وبالتالي نفس المصير. هنا نسأل أنفسنا كيف يجب أن يتغير الحال لتصبح وسائل الإعلام معنا لا ضدنا؟ وهل وزارة الصِّحَّة معنيةٌ بوزارة الإعلام أساسا؟

مشكلتنا أننا نتناول كل ما هو متعلق بالصِّحَّة كخبرٍ لا كأسلوب حياة. نعامل المرض كعابر سبيل تائه غير مُرحَّب به، لا كدخيل أنت تدعوه ليل نهار ليفسد عليك حياتك. إن معظم الأمراض هي نتيجة إهمالٍ وجهل بالأساس، والعيش الصحي يجنب الإنسان جل الأمراض. هنا نسأل سيادة الوزير، لم للوزارة شخصٌ ناطق باسمها ولا توجد لها صحيفةٌ أو مجلة أو حتى قناة لها؟! لِم لا وجود للوزارة في حياة الشباب على وسائل التواصل الاجتماعي؟ كيف نريد إقناع الناس أن الأكل الصحي مفيد وإعلانات الحلوى والمشروبات الغازية والسجائر تملأ فكر الناس وتغزو بيوتهم؟ حاولت بعض الوزارات وضع تحذيرات لكنها زادت تشويق الشباب للمغامرة. حاولت حكوماتٌ وضع صور لأمراض خطيرة وسرطانات لتمنع صغار السن من التدخين، فما أدى ذلك إلا إلى زيادة بذاءة النكات المتداولة. كل ذلك يتم على استحياءٍ وبعشوائية، لا ضمن منظومة تعليمية ذات أهداف وأسس.

ربما نحتاج إلى دراسةٍ جدية لمدى الاستفادة من الإعلام، فلست أملك الحل السحري ولكني أعلم أن بعض الناس يُصدِّق كل ما يقرأ، فلم لا نكتب الحقيقة لِتُصدَّق! إن كل حملة توعوية يجب أن يصاحبها ضجة لأنها تستهدف الشعب كله. انظر ما فعل انتشار القمامة بالشوارع في بعض بلداننا، وكم منا يغسل يديه قبل وبعد دخول الحمام، بل وعند التوجه لتناول الطعام. إننا ما زلنا نفتقد لأساسيات الصِّحَّة، فكيف نتكلم عن برنامجٍ للتبرع بالأعضاء! النور موجود في نهاية النفق، ويجب علينا التركيز على النشء من طلاب المدارس والكهل على حدٍّ سواء، فصحتنا مرتبطة بسلوكيات نستطيع تغييرها.

من الأمور الشيقة بل والمحبطة أن كل الصحف الحكومية - والخاصة أيضاً - يمكن أن تنشر إعلاناتٍ لحملات التوعية العامة مجاناً وفي الصفحة الأولى. تصور مدى انتشار ثقافة التبرع بالدم إن قامت حملاتٌ تنبه على أثر مثل هذا العمل الجليل على كافة المجتمع إذا قامت وكالاتٌ متخصصة بصياغة الحملة. إنك حين تُسوق الحملة تخاطب مشاعر الناس لتستحثهم على الاستجابة حتى يصبح عُرْفاً. جرب هذا مع ثقافة النظافة مثلاً، أو حتى مع عدم استخدام الرصيف كمرحاض عام، أو حتى غسيل الأسنان مرتين يومياً. هل رأيت حملةً في دولنا العربية تقوم بإقناع الناس على غسل أيديهم؟ أتعلم أن 60% مما نلمس يوميا مُلوث بالبراز من مقابض الأبواب إلى المصاعد حتى النقود؟ كم من الوقت يلزمنا حتى يتعلم الناس أن الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية خطرٌ على صِحَّة الكبير والصغير؟ نحن حتى الآن توجد لدينا شعوبٌ بأكملها تعتبر الكرش والسمنة دليلَ عزٍّ وحسن تغذية!

كلما فكرت في الأمر أكثر أصبحت لي قناعة أننا لا نعاني القهر والاحتلال والتخلف - بل والمرض - إلا بسبب الجهل، فهو عدونا اللدود. الكثير منا لا يلقي بالاً لصِحَّة أبنائه النفسية، وكأنها ترف فكري ليس وقته الآن، ثم يلوم ابنه ويلعن والديه بسبب العقوق. عرفت أباً يوماً خاطب أبي ليكلم ابنه العاق حتى يقنعه ببره، فأجاب الولد بأن أباه ما أحبه يوما، وما فتئ يناديه بملعون الوالدين فكيف يبره! نحن كشرقيين نمتلك مخزوناً فياضا من العاطفة يمكن توجيهها للوقاية من الأمراض، فمن تحب أن يمرض صغيرها لأنها لا تحسن إطعامه والعناية به! ومن يحب أن يموت أطفاله بسبب نقص التطعيم وانعدام الغذاء! ومن يحب أن يقضي والداه قتلاً في حادثة سيارة نتيجة لعدم ربط حزام الأمان!

يجب أن نوظف مشاعرنا لتحسين صحتنا، وهنا يأتي إعلامنا لينتج حملةً توعوية هادفة تُسهم في تغيير عادات مجتمعية ضارة وإحلال أخرى صحية مكانها. ومما قرأت مؤخّراً مقالا لوزارة صحة عربية في صحيفة البلاد الرسمية تشتكي فيه من تفشي نشر الناس لحالاتهم الطبية في الصحف والمناشدة بالمساعدة في العلن! في المقال تعترف الوزارة بوجود تقصيرٍ ولكنها تريد تكميم أفواه الناس وحثهم على المزيد من الصبر والرضى بالقضاء والقدر وتُرجع الأمر إلى قساوة المرض!

عندما تتبلور كل هذه الأهداف في عقل سيادة الوزير سيصبح من السهل التنسيق لحملاتٍ تهدف إلى زيادة تفاعل الكادر الطبي مع عامة الشعب والعكس. كما يجب أن يعرف المواطن حقوقه الشخصية خلال وبعد العلاج، وكيف يُبلّغ عن حالةٍ أو يشتكي سوء معاملة. وهنا يجب أن تمنح الإعلام حرية التغطية الصحية، فلا تعتيم على تسممٍ جماعي، ولا حالات وفاة بفيروس قاتل، ولا حتى انتشار غذاء فاسد في الأسواق، ولا عدوى في مدارس. الشفافية ضروريةٌ حتى تسترجع أي مقدار للثقة في النظام الصحي. ربما نستفيد من تجربة التعليم في فنلندا (الأولى عالمياً في التعليم للخمس عشرة سنة المنصرمة) حيث تقول الحكومات المتتالية أن الشعب لم يثق في المنظومة التعليمية إلا بعد خمسٍ وعشرين سنة من الشفافية. الآن لا توجد مدارس خاصّةً ولا دروس تقوية ولا حتى واجبات مدرسية بل وعطلةٌ صيفية تبلغ ثلاثة أشهر وعطلة شتاء تبلغ شهرا. ربما يحبطك أن تعرف أنه لا يُسمح لمدرس بتدريس طلبة الابتدائي هناك إلا بعد الحصول على الماجستير وتدريب ثلاث سنواتٍ بعده؛ هذا بالضبط نفس تدريب الطبيب عندهم ويتقاضى الاثنان نفس المرتب الشهري.

ولقد أثبتت وسائل الاتصال بالأطفال -كالرسوم المتحركة - فاعليتها في إيصال المعلومات لأذهانهم الغضة، وتحفيزها على التفكير من خمسينيات القرن الماضي عندما تم منع بعض الأعمال لاحتوائها مشاهد تدخن شخصياتهم فأراد الأطفال تقليدهم. من هنا يجب أن يشمل الوعي الصحي هذه الفئة الهامة التي لا تستوعب، بل لا تعير اهتماماً لما يعرض للكبار. ربما يكون من الصعب عليك رسم ما تريد بنفسك ولذلك أرجوك ألا تفعل. ولكن حيثيات القصص القصيرة ذات المدلول الصحي منتشرة في قصص الأطفال، بل حتى في الموروثات الشعبية وأغاني قبل النوم. إن تفعيل مثل هذه التوعيات على شكل رسومٍ متحركة يساهم في تثبيت مفاهيم أساسية؛ كالعناية بالأسنان وغسيل اليدين وطبخ الطعام وفوائد التغذية والفيتامينات.

كم من الأمراض التنفسية ستتم الوقاية منه لو علم الأطفال فاعلية تغطية أفواههم عند العطس؟ كم من الأطفال سيأخذون الدواء المرّ عن طيب خاطرٍ لأن شخصيتهم المفضلة تتناوله أو حتى تحضره بنفسها في مصنع الأدوية؟ كم من إصابات المنازل سيتم منعها إن انتشر الوعي بين الأطفال بخطورة الكهرباء، والمكواة، والمواد السامة، وحتى اللعب بالأدوات الحادة، والمزاح الثقيل متضمناً دفع بعضهم بعضاً من النوافذ. أتمنى أن يأتي وزير صِحَّة بحملة توعية على شكل أفلام كرتون تتناول أخلاقيات اللعب ومناطقه في الحدائق العامة مُركزاً على تلك المتعلقة بالسلامة.

كيف يمكن أن تتعامل مع الدجالين زاعمي علاج كل الأمراض المستعصية بدواءٍ واحد ومن دون ألم؟ نعم، هناك أناس تصدق، بل ربما كانت الأغلبية من شعبك. إن خروج طبيب متأنقٍ على برنامج صباحي لا يتابعه أحد ليصرح بأن هذا دجل قد جُرّب آلاف المرات ولم يفلح في ردع محتال ولا في توعية مريض. قابلت أُناساً من كافة المستويات الاجتماعية تعترف بدجال أو أكثر كمعالج عالم

بالأسرار الكونية، فمن قال إن الجهل لا يوجد إلا في قليلي التعليم أو محدودي الدخل؟ الأمر أعمق مما تخيلنا ويجب علينا الاعتراف بالهزيمة على الأقل إعلامياً في مواجهة مثل هؤلاء.

هناك أيضاً ميدانٌ آخر للإعلام غير معروض حالياً على وزيرنا، وهو وسائل التواصل الاجتماعية ومواقع تخزين الفيديو مثل "يوتيوب". دعني أسرد عليك قصةً أيقظت وزير صحة من سبات عميق مع صديقه وزير الداخلية، عندما قام الناس في بلد عربي بتداول فيديو يزعم أحدهم فيه ارتكاب سيدةٍ منقبة لعدة حوادث تقوم فيه بتشريط (شرملة) وجوه النساء في الشوارع مما أدى إلى ذعرٍ في المدينة، وقام الكل ينفي بنبرة التأكيد المعروفة لوزرائنا في المقابلات الصحفية. انتهى الأمر أمنياً كالعادة في ذلك البلد بالقبض على شاب ظن أنه سيجني أرباحاً من نشر إشاعة، المدهش أنه لم يحصل إلا على 20 دولارا مقابل كل هذه الضجة! دعنا الآن نسأل سؤالا بالمقلوب، كم سيكلفنا إن قمنا بنشر الوعي عبر هذه الطريقة إن عُرضت بشكلٍ جذاب للجماهير؟ كم من الأرواح نخسر سنوياً لعدم استخدامنا لوسيلة إعلام غاية في الانتشار كهذه؟

أما بالنسبة لقضايا الرأي العام الصحي، فهذه يجب أن تُقتل بحثاً بين الناس في الإعلام حتى يتسنى لك وللمشرع التوصل إلى توجه للمجتمع يساعدك على اتخاذ قرار. هناك قضايا شائكة كالقتل الرحيم، وبحوث الأجنة، والخلايا الجذعية، كما استنساخ الأنسجة في المعمل، وقضايا الحمل بالوكالة، وغيرها كثير. يمكنك أن تأخذ قراراً أحادي الجانب، وترغم الناس على فعل ما يحلو لهم في النهاية، ولكن طريقة التعامل هذه هي ما أدت إلى فقدان الثقة في النظام بأكمله.

هناك أيضاً غايات مخبّأة للإعلام، سواء الحكومي أو الخاص ببلدك، وهو سياسة التحريض والاغتيال المعنوي. للأسف يوجد بهذا العالم الكثير من ضعاف النفوس ممن يمتلئون بالحقد والكراهية. لا نستطيع تغيير هذا بطبيعة الحال ولكن نستطيع تفهم دوافعهم ومحاولة درء شرورهم. في بلدٍ عربي فاز بمنصب وزير الصحة أحد أعضاء المعارضة، فما فتئت الصحافة تبحث وراءه عن الأخطاء بمجهر. هذا مُتفهَّم، بل ويُعد من الحوافز، لكن أن تنتقل إلى التحريض الصريح على الأطباء ككل، فهذا مرفوض! إن تبرير اعتراضٍ لمريض على خدمة قياسية، وتصوير الاعتداء الجسدي على طاقم إسعاف طبي كشجاعةٍ لهو ضرب من الغباء! في النهاية حصل المراد، واستقال الوزير بعد أن صار الاعتداء على الطبيب متلازمةً لأهالي المرضى. نعم استقال الوزير، لكن الحالة الصحية تدهورت بسبب اتخاذ الأطباء للكثير من الإجراءات الوقائية لحماية أنفسهم جسدياً وقانونيا، بحيث انتفت الثقة المتبادلة لعقود في إجراءات روتينية. إن مجرد إحساس الكادر الطبي بالتهديد كافٍ ليمتنع عن تقديم كل ما في وسعه لإنقاذ حياة من يهدده أو تحسينها.

التبرع

العطاء ثقافةٌ في حد ذاته ولذلك نفتقده نحن، لأننا نفتقد للثقافة أصلاً في عامة شعوبنا العربية. وبرغم أن الاستهلاك ثقافةٌ فلقد تعلمنا أصول الأخذ بدون العطاء. في أحد بلداننا رفض المواطنون التبرع بالدم، فصار يستورد بأغلى الأثمان، وبأقل الجودة من مدمني مخدرات العالم ليجلب كافة أنواع الأمراض إلى أطفالهم. سبب التمنع معلوماتٌ خاطئة بأن الوهن يصيب الجسد بعد التبرع بالدم. ما تظنه يمنع أباً من منح نصف ليتر من دمه لابنته، إلا أنه يجهل مدى محبته لها أو يجهل مدى احتياجها له؟ نحن نضحي بكل شيء في سبيل الشرف، لكننا لا نتبرع بسائلٍ متجدد من أجل حياة كريمة.

ذهبت مرة للتبرع بالدم في أحد بنوكه بعد موجة إراقةٍ له في غزة، فسألوني: لمن تريد التبرع؟ فقلت: لغزة هاشم المنكوبة دوما. فردوا بأن الثلاجات مليئةٌ لغزة ولا يمكننا إرسالها، ولكننا نحتاجه لأطفالنا، لأنه لا يتبرع لهم أحد. نحن إذاً شعب معطاء، ونوثر على أنفسنا ولو كان بنا خصاصة، ولكن لِم لا يصبح البذل ثقافة عطاء؟ الجواب يكمن في سوء إدارةٍ متعمد أحياناً، فنحن محبون للخير، ولكننا مدفوعون لحب أنفسنا أكثر من غيرنا. وأنا في هذا أستغرب وجود نظام تبرعٍ في الغرب، يقوم على حب الإنسان لأخيه الإنسان، حتى من الملحدين وعديمي الدين ليصلح حال المجتمع.

و يمكنني الاستدلال على حب الخير فينا بتقرير منظمة الصحة العالمية؛ بأنه في عام 2012 بلغت الفجوة بين الطلب على الدم والمعروض منه في أربع دولٍ عربية متوسط التعداد السكاني؛ حوالي مليوني وحدة. بينما تم الحصول على تبرعات من خلال حملات تساوي المليون وحدة في العام نفسه. هذا يعني أن نصف العجز تم سده من خلال تنظيم حملاتٍ بسيطة وعشوائية للتبرع.

إذا تفهمنا أزمة التبرع بالدم لأننا أحياءٌ ونخاف قصوره في أجسامنا فكيف نفسر تمسكنا بأعضائنا حتى بعد مماتنا؟ هنا يأتي دور بعض رجال الدين ليُفتوا بغير علمٍ بقدسية جسد الميت - وكأنه حي - وتحريم انتزاع أعضائه. من قال بأننا سنهينه في موته؟ بل نحن نضمن له عملاً صالحا جاريا بطول حياة المتبرَّع له. وهل أُخبر أحد الدود بأن وجبته حرام بموجب بعض الفتاوى؟ نعم، نحن نبخل حتى بطعام الدود على أحيائنا. إن كل مريضٍ يَشغل أسرةً وطبيباً ونظاماً صحيّاً لمتابعته، فيصبح كافة المجتمع عالة على الباقي منه. في الحرب العالمية الثانية كانت ثقافة القناصة قتل الجندي بطلقة لينتهي أمره، ولكن اليابانيين غيّروا المبدأ ليقتنصوا الأطراف حتى يشغل بضعا من زملائه بحمله والاهتمام به، وبالتالي يقل عدد المشتركين بالحرب. نحن في نفس الموقف ننقص بكل مريضٍ أسرة منتجة وخدمات ومعاناة.

إن النظرة المجردة من غير المتدينين أو المنكرين لفكرة البعث بعد الحياة، تم توظيفها باستغلال فكرة أن هذه الأنسجة فانيةٌ على أية حال، فلم لا تجعل أحدهم سعيداً وقت استخدامها المؤقت؟ شاهدت مرة فلما وثائقيا أعده منكرون للرب وللبعث يحثون الناس على التبرع بما كانوا يملكونه، وضرب المنتجون أمثلةً حية بأنفسهم وأهليهم حيث تتناوب فرق حصاد الأعضاء على جثث ذويهم تحت تصوير حي، ثم ينتقلون للمتبرعين بقصصٍ واقعية عن معاناتهم قبل التبرع وتحسن حياتهم بشكل ملحوظ بعد الحصول على الأنسجة. مثل هذه الأفلام أُنتجت من قِبل أناسٍ مخلصين لفكرة محددة، ولكن المجال مفتوح أمامك لتعلن عن ما تريد من المجتمع تغييره صحيا: مرضاً بمرض. ومن أعجبِ ما قرأت عن التبرع كان في الصين حديثا، حيث تبرع "تشن" البالغ سبع سنوات بإحدى كليتيه إلى والدته "47 سنة"، حيث يعاني هو من سرطانٍ في المخ لا يرجى شفاؤه، وتسبب بفقدان بصره، ثم بشلل، وهي بفشل كلوي مزمن. تحت إصرار الطاقم الطبي وإلحاح تشن وافقت الأم على أخذ إحدى كليتيه، بينما ذهبت الأخرى إلى فتاةٍ صغيرة، وذهب كبده إلى صبي آخر. توفي "تشن"، وأعطى الحياة لثلاثة أشخاصٍ بعده. تجدر الإشارة إلى الإعلام الصيني الذي تلقف القضية بالكثير من الاحترافية حتى لا تضيع تضحية تشن، والتي تشبه رسالة إيقاظٍ لكل أشباه البشر الذين ماتت ضمائرهم وفقدوا إنسانيتهم.

الحق يقال أنه حتى لو أردنا التبرع بالأعضاء فلن نستطيع لعدم وجود مقومات النظام. إن عملياتٍ معقدّةً كتصنيف المتبرعين، وسرعة استخراج العضو، ثم نقله بكفاءةٍ وسرعة، ثم تواجد الفريق الطبي لزراعته، ثم العناية الفائقة الممتدة طوال العمر للحفاظ عليه، كل هذا يحتاج إلى نظامٍ محكم. إنه غير موجود، ولكنه ليس بمستحيل، وبخاصة أن معظم المكونات موجودة ولكنها غير مترابطة. كل ما يلزم هو ثقافة التبرع الشعبية وربطها بطلب الأجر من الله، ثم إيجاد مركزٍ أو اثنين لترتيب الباقي. إننا لا نتكلم حالياً على مسح التكامل الجيني للأنسجة وتطابق الأغشية للشعب، فهذه مرحلةٌ أخرى متقدمة. نحن نناقش إمكانية إقامة نظام يسمح بتواجد من يرغب التبرع وإيصال هديته إلى مبتغاها، ومن ضمنه قائمةٌ بالمحتاجين وتحديد أولوياتهم بعيداً عن الواسطة وسلطة المال. وهنا تكمن قوة النظام؛ فكلما زاد المتبرعون كلما سهلت باقي المتطلبات وأصبح واقعاً قائماً بذاته.

قد يشكك قارئ في إمكانية إنشاء نظامٍ للتبرع بالأعضاء بسبب تعقيد المراحل، ولكن ما صعوبة التبرع بالمال ابتداء؟ لماذا لا توجد عندنا مراكز أبحاث لأمراض معيّنةٍ يتبرع الناس لها؟ الغرب يعج بالمنشآت الصحية المنشأة والمدعومة بل وتحمل أسماء داعميها. فمثلاً أربع من ست مراكز أبحاث جينية في الولايات المتحدة الأمريكية أنشأها أشخاصٌ عاديون، ورجال أعمال يمولونها ويشرفون عليها ويحمونها من الفساد، لا لشيء إلاّ خدمةً للمجتمع. إن تحرير الإدارة المركزية وتخفيف قبضة الوزارة على التبرع يسهم في إنبات الكثير من المساعدة. هنا الفساد يبقى بعيداً لأن أصحاب المال هم من يبنون، بل ويديرون هذه المنشآت على أساس غير ربحي أو بحثي محض. ما يتبقى للوزارة هو تحرير سياسات العلاج لتسمح بقيامها من الأساس، ثم الإشراف الكلي فيما يتعلق بالأمن الصحي للبلد ككل، فيجري عليها ما يجري على باقي المستشفيات من تراخيص وفض نزاعات وغيره.

عملت كفترة من الزمن في مستشفى خيري، وكنت أَعجب من أين يأتي المال لتشغيل كل هذا الصرح، فحكوماتنا تشتكي العوز عندما تَطلب المستشفيات المال، وتسكبه سكباً على صفقات السلاح. ما أدهشني هو طابور من المتبرعين يصطفون كل يوم أمام مكتب المحاسب ليودعوا فيضاً من المال عنده على سبيل التبرع. بعضهم يطلب رصيدا ليُعفى من الضرائب، والآخر يترك المال حتى بدون تسجيل اسمه. ولما سألت المحاسب بعدها: لِم يتبرع الناس بسخاءٍ هنا؟ أجاب بكلمة واحدة: الثقة. إنهم يثقون في نوعية الخدمات وصدق تقديمها للمحتاجين من المرضى. أسألك بالله يا سيادة الوزير، أسمعت بشخصٍ في حياتك دخل ليتبرع لوزارة حكومية؟ ماذا إن أحب أحدهم التبرع لمستشفى يختص بالأورام مثلاً، فهل يستطيع؟ افترض أن أحدهم فقد طفلا عزيزا على قلبه في حادثه سيارة ووهب نفسه وماله لعلاج مثل هذه الحالات، أيستطيع؟ لن يعدم الناس الخير إلى يوم القيامة، ولكننا لم نحسن تدبير ما عندنا، فلِم نتوقع أن يعطينا الناس المزيد؟

حسنا ماذا لو أراد إنسانٌ مساعدة أخيه المحتاج متبرعا بوقته الفائض؟ عامل الوقت مهم عند جل سكان الأرض، بل وأزعم أنا أنها أعظم نعمة وهبها الله للإنسان حتى قبل الصحة والمال، فهو الشيء الوحيد الذي ينقص حتماً ولا توجد وسيلة لاسترجاعه مهما بذلت. حسنا الوقت يعتبر حرزاً ثمينا وموردا أهم. ما أنت مجيب من أراد التبرع بوقته؟ عندنا نقول له شكرا، ولتذهب للتسكع في الشوارع أو ادمن نوعاً من المخدرات. هناك العديد من الناس وفاعلي الخير يودون لو تتاح لهم فرصة لخدمة المجتمع. لا يجب أن يكونوا أطباء أو مؤهلين تأهيلاً طبيا أصلاً، فرعاية الأيتام والعجزة ومرافقة المدمنين والمكتئبين وحتى مجالسة مرضى السرطان ومن لا يُرجى شفاؤهم خدماتٌ جليلةٌ تنقصنا بشدة. يحزنني وجود جمعيات أهلية يُسيّرها متبرعون في العالم الأول لا تقوم بشيء أكثر من القراءة اليومية بصوتٍ عالٍ للراقدين في الغيبوبة عسى أن ينفعهم وجود مؤنس، برغم أننا كأطباء نعلم أنه غير مفيد. في نفس الوقت عندنا يلزم من يتبرع بدمه لأشقاء الدم فيتعلل الكل بالوهن وقصور الدم أو ضيق التنفس أو حتى الخوف من الوخز.

من يقوم بهذه الخدمات عندنا إما موظفون جل همهم الانصراف للبيت، أو ممرضون لا يحسنون الابتسام ولا يرغبون في تبادل أطراف الحديث أصلاً. وحتى إذا تم الاهتمام بهؤلاء على حساب وزارة الصِّحَّة والشؤون الاجتماعية، فإن حب العطاء والعمل على تغيير الحاضر ما زال محبوساً بداخل الكثيرين منا. فلم لا تقام حملات لتنظيف الحدائق العامة! أو توعية سكان حي للبدائل الصحية المتاحة! أو حتى تعليم فتيات المدارس بأصول النظافة الشخصية والحوامل بكيفية الاعتناء بالرضع! أَزعُم أن المدرسين يمكنهم القيام بهذا على أكمل وجه إن تلقوا تدريبا جيّداً وكان لديهم الشغف للبَذْل وإفادة الغير.

تخيل لو تم تعليم كبار السن الإنترنت على كمبيوتر لوحي، ليساعدهم هذا على التفاعل مع مجتمعهم والتواصل مع أحبائهم عن بُعد، بل وتغذية هواياتهم واهتمامهم بالمعلومات، كيف سيكون حالنا؟ عندما يموتون دعهم وحالهم، لكنهم بشرٌ أمثالنا ولهم أرواح أطفال حبيسة

بداخل أجسادهم التي ما عادت تتفاعل كما كانت. هؤلاء منهم القضاة والمدرسون، بل والأطباء وربات البيوت، وأخيراً هم نسيج كاملٌ من مجتمعاتنا، إن لم يقم على العناية بهم متطوعون، فسوف يثقلون نظامك الصحي بالشكوى وزيارة الطبيب طلباً للاهتمام وإضاعةً للوقت. كل طبيب أمضى وقتا كممارس يعرف أن كبار السن يزورونه طلباً للحديث والشكوى من إهمال الأولاد والزمن بشكل عام.

هنا يجب أن أجلب ذلك الموضوع الشائك الذي نتحاشاه كلنا: أطفال الشوارع. من يهتم بصحتهم؟ لا أحد يريد أن يسأل أو يجيب أو حتى يعرف! وكأنهم ليسوا بشراً، يأكلون النفايات وينشرون المرض ويعانون في صمت خشية اكتشاف الشرطة أو تجار أعضاء البشر لهم. من يعالج إدمانهم ومن يسد نقص الغذاء في أجسامهم؟ ربما يحتاجون للمصلحين الاجتماعيين والكثير من المتطوعين، ولكنهم ما زالوا ضمن مسؤوليتك. هل انتهاك كبار العمر منهم لأجساد ونفسيات صغارهم أمرٌ هين؟ إذا كنت تحسب البيات في الشارع بالأمر العظيم فما بالك بمن يبيت مضطهداً خاوي المعدة معدم الغطاء، ليُنتهك عرضه كل ليلة سواء كان ذكرا أو أنثى.

إنها دوامة لا خلاص منها، ما دمت تجلس في مكتبك تحتسي القهوة وتفكر كيف تضمن ولاء الكرسي وهو بك غادرٌ لا محالة. كيف تنام وأنت تعلم بأن بعضاً من الأعضاء المزروعة بمستشفياتك قد تم انتزاعه عنوةً من طفل، ثم تُرك ليموت حيث يبيت كل ليلة في الشارع؟ نعم للمشكلة حل - بل حلول - ويجب أن تطلق أيدي المجتمع ليَصْلُح حال هؤلاء. الناس العاديون ينقصهم التنظيم، التمويل والأفكار الخلاقة، كما ينقصهم من يدلهم على الخير. لو كنت أنت من يحفزهم فلربما أنقذت حياة طفلٍ يوماً ما، فيهَب لك الخالق الحياة الأبدية.

الطب الخاص

هنا تقبع عقدة العقد بالنسبة لأي وزير صِحَّة، فهي أشبه بمتاهةٍ لا مخرج منها. السبب بسيط، لأن الحكومات غير قادرةٍ على توفير الرعاية الصحية بسبب انعدام النظام، فترُخي الحبل للطب الخاص. المسألة متشعبةٌ وتحتاج لكُتب من أجل بحثها وإيجاد مخرج مناسبٍ لجميع الأطراف. في العديد من بلداننا يصبح الأمر كحلقةٍ مفرغة. العلاج الحكومي سيّئ، حيث يذهب الناس إلى الخاص فيصبح من مصلحة الأطباء عدم الاهتمام بالحكومي، ليتسرب كل الأطباء المؤهلين إلى العمل بالخاص، ويبقى صغار الأطباء وفاقدوا العزيمة في المستشفيات الحكومية، مما يجعل الشعب يدور في حلقةٍ مفرغة لا تُفضي إلى نهاية. البداية تتضح إذا سألت مريضا عما يريده من ذهابه للعلاج؛ إنه يريد اسماً لامعا وعلاجا ناجعا، ومن الأفضل ألا يدفع قرشا واحدا. إنه يريد أشهر طبيب وفي نفس

الوقت يريده أن يتفرغ له. وبالرغم من أن المريض يريد المتناقضات فإنه ليس وحده؛ فالطبيب الخاص يريد أكبر كمية من المال، مع أقل عدد من المرضى. وليزداد الأمر صعوبةً فإنه يُمنع على الأطباء - بل ويعتبر عيبا كبيراً - أن يعلنوا عن أنفسهم أو تخصصاتهم. الحل يكمن في إيجاد منظومة علاجٍ تتحمل فيها الوزارة توزيع الأدوار وإيصال كل إلى مبتغاه.

أفضل الأنظمة الصحية حالياً - من وجهه نظري المتواضعة - هو المتَّبع في فرنسا، يليها كندا حيث تدفع الحكومة سبعين في المائة من الأجر الثابت سواء في مستشفى حكومي أو خاص، وللمريض كامل الحرية في اللجوء إلى أحدهما، فهما من الجودة بنفس المكان. إن أجريت حساباتك بدقة يتضح لك أن العلاج الحكومي غير مجاني؛ بل هو مكلف. فالكادر يأخذ أجرا والأدوية المدعومة تُهلك الميزانية، وفوق هذا تُبعثر الإدارة المتهالكة هذا المال هباءً، بينما يستطيع الطب الخاص ترشيد نفقاته وإدارة منشآته بكفاءةٍ عالية. حسناً، ماذا لو حسبنا أن مرضا كالتهاب الحلق يُكلف الدولة مائة من النقود إجمالا، فلم لا تدفعها الحكومة لأي طبيب يعالجها؟ ويستطيع الطبيب مطالبة المريض بأكثر منها بنسبة معينة نظراً لسِنّه وشهاداته، ولكن الزيادة يتحملها المريض وليس الحكومة. هنا يستطيع المريض الاختيار، ويجني الطبيب على قدر عمله واجتهاده. ولو أراد المريض طبيباً معينا فعليه الانتظار، ولكنه ينتظر دون تمتمة أو تذمر. يحتاج المريض إلى تحويلٍ من طرف طبيب عام أو طبيب أسرة يعالج البسيط من الأمراض ويوصل المرض إلى اختصاصييه بكل سرعة، ويتقاضى على ذلك أجراً محددا سواء كان عاملا بالحكومة أو خاصا. كما أن الطبيب المُحوِّل لا يختار إلى من يرسل، بل يعطيه قائمةً بمن يمكنه القيام بالمهمة.

نفس الأمر ينطبق على العمليات كبيرها وصغيرها، فالدولة - بالتعاون مع الكادر الطبي - تُقدّر ثمنها، فمثلاً كل إزالةٍ لزائدة دودية تكلف ألفاً، وكل ولادة قيصرية ألفان، وللمريض كامل الحرية في الذهاب إلى من يرتاح إليه، فالدولة دافعة له سبعين في المائة - من الألف لإزالة الزائدة الدودية ومن الألفين للولادة القيصرية - ويتحمل هو الباقي، وإن حصلت مضاعفات فتتحملها الدولة إن كانت من النظام، ويتحملها المريض إن كانت منه، ويتحملها الطبيب إن تَسبّب فيها. ليعمل نظامٌ كهذا ينبغي أن يتحاور الجميع من صناع قرار وأطباء وأصحاب مستشفيات ومرضى وشركات تأمين ومُصنِّعي الدواء ومستورديه؛ يوجد حل وسط لكل شيء.

لنضرب مثلاً بمطالبة الأطباء بالإعلان عن أنفسهم لاجتذاب المرضى في هذا السوق المفتوح. لِم لا يتم إنشاء دليلٍ للأطباء بحسب المنطقة أوّلاً، ثم بحسب التخصصات، وتوضع فيه صور الأطباء وشهاداتهم وفي النهاية يكون الاختيار للمريض. أكاد أزعم أن عملية بحثك عن وجبةٍ في مطعم أو فيلم في دار للسينما أشد تنظيما من استرشادك للحصول على علاج في بلداننا العربية. ثم إذا تساءلت عن دور الوزارة، فهو محفوظٌ في التفتيش وتطبيق قوانين المزاولة والاستجابة للشكاوى وتصحيح خلل النظام. هذا كله مُطبَّق في دولٍ أخرى بكل سلاسة، حتى أن بعض الشركات أخذت على عاتقها إدخال بيانات الأطباء، وأتاحت للمريض تقييم تجربته العلاجية مع كل طبيبٍ، لتتراكم مع الوقت تجارب وآراء الكثير من المرضى عن كل طبيب. مع الوقت سيلفظ النظام الأطباء غير المتعاونين

أو حتى الجافّين في التعامل.

حدث شيء قريب من هذا التطبيق بالهند، حيث قام محافظ ولاية كارناتاكا (وعاصمتها بانجلور) بالتفاهم مع وزارة الصحة ليسد عجز الحكومة عن توفير طب وجراحة العيون لـ 64 مليون نسمةٍ عنده. تم الأمر بالسماح، بل ومساعدة كل جراح على إقامة مركزه الخاص المشتمل على غرفة عمليات ومعمل بصريات وخمس موظفين. استغرق الأمر خمس سنوات ومئاتٍ من هذه المراكز لينعم السكان بخدماتٍ شخصية ومميزة، والأهم اقتصادية مع توفير لآلاف الوظائف لهم. ساعد المحافظ الأطباء بتقليل الضرائب وأسعار الخدمات البلدية من كهرباء وغيره، كما قامت وزارة الصحة بتسهيل التراخيص وتزويد الأطباء بما يلزم توفره فعلاً في هذه المراكز بلا لفٍّ أو دوران أو رشاوي. في المقابل اتفق الأطباء على تسعيرة شبه موحدة ومخفضة نتيجة توفير ما كان يُدفع سابقا للمحافظة والوزارة، فاز الكل بالتعاون المثمر.

بمثل هذه الخطوات البسيطة، والكثير من الحوار بين القائمين على الرعاية الصحية ستختفي عندنا طبقةٌ كاملة من مُدَّعي النبوة والطبابة والعلاج بالجن، بل وحتى ستُمنع كوارث من قبيل "اكتشاف مرضٍ مارس الطب لخمسين عاما بدون أي شهادة". عدالة التوزيع ستنمّي مجالات جديدة للكل حتى يُسْهموا في الرعاية الصحية كالمهن المساعدة. المضحك المبكي أنني عندما عرضت مثل هذا الحل على مسؤولٍ بوزارة صحة قال لي: طلبك للعرب بأن يتحاوروا، بالضبط كأنك تطلب منهم أن لا يكونوا عربا. ألهذا الحد نحن يائسون من تغيير الحال؟

المهن المساعدة

إنهم كل من يشتغل بمنحى من الرعاية الصحية، وليس بطبيبٍ، وتخصصاتهم لا تُعد ولا تُحصى، لكنهم سَمَوْا بالمساعدة، لأن الخطة العلاجية عادةً ما تكون بيد الطبيب. ولنأخذ مثالاً من طب العظام، فعندما تنكسر ساق أحدهم، يذهب إلى طبيب العظام أوّلاً ليقرر كيفية علاج الكسر. يحتاج المريض في رحلته العلاجية إلى مُسعفٍ وسائق إسعاف أوّلاً، ثم إلى فني أشعة، ثم إلى أخصائي تجبير، ثم إلى مُساعد تأهيلٍ ليمده بعصا أو عكاز، ثم إلى أخصائي علاجٍ طبيعي، وأخيراً إلى خبير حركة وتأهيل رياضي، والكثير من الممرضين ومساعديهم. كل هؤلاء ضروريّون لاستقامة العلاج، ومن دونهم يُضطر الأطباء إلى القيام بمعظم أعمالهم.

في نظامٍ صحي قويم تدفع الحكومة أجرا إلى كل هؤلاء بدلاً لخدماته، بينما يأخذ الطبيب مالا عن ما قدم فقط. ربما لا يكون للمريض اختيار في بعض هؤلاء، لكنه يستطيع على الأقل تغييرهم؛ كأخصائي العلاج الطبيعي إن لم تعجبه طريقة التعامل. توزيع المال على حساب العمل سيفتح كلياتٍ بأكملها لتدريس العلوم المساعدة الطبية، ومَلء الفراغ كمعهد البصريات مثلاً. يقوم طبيب العيون

بفحص النظر وتفصيل النظارة الطبية، مما يأخذ وقتاً وجهدا ولا يأخذ عليه مالا، فلمِ لا يكون مساعد بصري لكل طبيب أعين يشاركه العمل والنفع. نفس المنطق ينطبق على القابلة القانونية والمجبر وأخصائي الكلام ومشرفي التغذية والإحصائيين الطبيين وتقنيي المعلومات، وغيرُهم كثير.

إنَّ تقدم الطب في بلادنا متوقف نظراً لقصور المهن الطبية المساعدة، فنحن نملك أفضل تأهيلٍ للأطباء وبعض مستشفياتنا تعج بأحدث الأجهزة، ورغم ذلك يموت الناس بسببٍ ومن دون سبب. نقص اكتمال الرعاية واضح عندما تُدقِّق في سير العملية العلاجية من أول التشخيص حتى النقاهة. لذلك تَقِلّ نسب نجاح عمليات القلب والمخ والأعصاب وزراعة الأعضاء عندنا. كلما اقتصرت خطوات العلاج على تفاعل الطبيب مع المريض؛ كلما زادت نسب النجاح في أنظمتنا الصحية، لذلك يتشبث المريض بشخص الطبيب كأنه تزوجه. كما يمكنني إرشادك إلى كتاب جارد دايموند "البنادق، الجراثيم والصلب" التي يرسم فيها كيف تَنوَّع العِرق البشري إلى مُنتِج للبضائع أو الخدمات، وبالتالي مُتفوِّق في كل النواحي حتى الفني منها؛ كالسينما والمسرح، وقِسمٌ مُستهلِك فاشل في كل شيء حتى الفكاهة. نظرية دايموند تعتمد على حدوث ثلاثة طفرات هي بالضبط اسم الكتاب. ما يهمنا هنا أن بداية التفوق كانت بالوفرة الغذائية (الاقتصادية الآن) مما سمح لبعض الناس بممارسة أعمالٍ أخرى احترافية بعيداً عن البحث عن الطعام، فنتج الفلكي والكيميائي وتفرعت العلوم حتى أدت إلى التفوق. وبحسب هذه النظرية فلا فائدة تُرجى إن قام طبيب العظام بكل شيء حتى ينهك، فلا هو أبدع في علم التجبير أو العلاج الطبيعي، ولا هو أكمل باقي طريقه ليبدع في جراحاته أو كتابة الكتب أو حتى أبحاث تتعمق طبيا. التشتت هو ما نعانيه نحن ككادر طبي الآن.

اتساع فئة المهن الطبية المساعدة لتصبح طبقة، أساسي لنشر الوعي الصحي بين المجتمع. الأطباء بتكوينهم النفسي إما فوقيون أو انعزاليون، ولذلك فَهُم غير معنيين بنشر وعيٍ صحي أو حتى سلوكي بدون مقابل مادي مدفوع مُسبقا من مريض بالفعل. أما هؤلاء، فيوجد عندهم الكثير من الدوافع مما يجعلهم مشتبكين في عملية نشر الوعي بناءً على ما يعرفون وما يَرون في وحدات العلاج. كما أن توزيع المهام عليهم يجعل منهم احتياطياً عظيما في حالات الحروب والكوارث. فكل مُجبّر يمكنه الاهتمام بالكسور عند الضرورة دون الرجوع لطبيب، ويمكن لمساعد التخدير تنويم المريض فعليّاً بنسبة أمانٍ عالية وربما أفضل من طبيب متدرب قليل الخبرة. ثم إن كل هؤلاء بإمكانهم تقديم المحاليل الوريدية والإسعافات الأولية بقليلٍ من التدريب في حالات التفجيرات الإرهابية والفيضانات، وحتى حوادث الطرق والقطارات حيث لا يوجد وقتٌ كافٍ للاستجابة المركزية وابتعاث الفرق العلاجية.

مَن يَبرع مِن هؤلاء يمكنه التفرع والتوسع في تخصصه؛ فمثلاً أخصائي التغذية يجب أن ينشئ مركزاً متخصصا للعناية بالغذاء، وفاحصوا البصر يمكنهم القيام بكل محلات النظارات ليقوموا بمعالجة القصور البصري بعيداً عن إزعاج طبيب الأعين وفي نفس الوقت التحويل

إليه وبذلك يسهمون في الكشف المبكر لأمراضٍ كارتفاع ضغط العين وتأثر الشبكية والمياه البيضاء ، فيستفيد المثلث: المريض باكتشافه المرض مبكراً، والفاحص والطبيب بمعالجة إنسانٍ وكسبٍ مادي شريف. ما المانع أن تنشئ مراكز علاج طبيعي بحد ذاتها أو رابطة إسعاف توصل المريض من مكان الإصابة أو البيت إلى من يتخصص في علاج الحالة مع تقديم الإسعافات اللازمة؟! ما يمنع أخصائي التكلم وصعوبات التعلم من فتح عياداتٍ قائمةٍ بنفسها دون سيطرة طبيب متسلِّط عليها؟! وأخيراً ما يمنع أن يقوم أخصائيوا التعقيم بتقديم النصح للمستشفيات من خلال شركاتٍ استشارية تشرف على معايير التعقيم، بل حتى وإنشاء مراكز تقوم بتعقيم الأدوات وتزويد المراكز المحتاجة إليها في الوقت المناسب؟! الاحتمالات مفتوحةٌ وتُسهم أساساً في تشغيل المزيد وإشراكهم في نفع صحي أشمل وأكثر جودة.

النقابات الطبية

لاحظ أنني كتبتها بالجمع لأن الوطن العربي لا يعترف إلا بنقابةٍ واحدة للأطباء. ما يتناساه معظم الناس أن الهدف الرئيسي من النقابة هو المحافظة على حقوق أصحاب الحرفة الواحدة، وهي غير مُسَيّسةٍ بالأساس، لكن إمكانية الإضراب جعلت أهل السياسة ينتزعون أنياب النقابات ومخالبها عبر تسيِيسها ماليا. نفهم الآن رغبة أهل الحل والعقد في بلادنا إلغاء النقابات من أساسها لا التوسع بعددها واختصاصاتها. الأصل في النقابات أن يتجمع أفراد يمارسون نفس الحرفة ليُكوِّنوا مجموعةً منهم تهتم لأمرهم، يتم انتخاب أعضائها منهم، ويتم تمويلها عبر اشتراكاتٍ ذاتية تَضمن استقلالية عملها وقراراتها. الأصل أيضاً أن تدافع النقابة عن حقوق منتسبيها مِن تَغَوُّل أصحاب العمل والحكومات، فتفاوض على الأجور والحقوق، وتضمن أن تستمر عجلة الإنتاج لو احتاج أرباب العمل إلى المزيد من العطاء. كما تُشْرف النقابات على تأهيل وتدريب الكوادر المستقبلية حتى تضمن تدفق العمالة المدرَّبة، وبالتالي تحقيق نموٍ ورخاء أكبر للأعضاء والحرفة ككل. كل هذا مفقود في بلادنا العامرة.

ما حصل منذ زمنٍ سحيق وما زال يحصل أن الحكومات تدخلت، فأمرت بالمال ليجري على أحد منتسبي النقابات حتى يفوز بسطوه المال، ويُنهي أي أملٍ لخدمة من انتخبوه. بعد بضعة سنوات اكتشف أعضاء النقابة السر، وقاموا يزايدون على ولائهم علَّهم يَحْضون بقطعةٍ من الكعكة. اليوم وبعد عقودٍ من الإفساد، أصبح الانتساب في النقابة إجباريا وإلا لن تعترف الدولة بشهاداتك، وتَغيَّر اسم الاشتراكات إلى مصروفاتٍ وأصبح الوضع الداخلي حكرا على أمراء الحرب. صار كل شغل النقابات الشاغل التجهيز لحفلات الصيف والتمتع بأجواء رمضانيةٍ مميزة بنادي النقابة، وإذا كنت محظوظا حقّاً فسوف تمنحك النقابة فرصة للعمرة مخفضة التكلفة، وبناءً صغيرا على شاطئ ما تدفع ثمنه أقساطا على ربع قرن. التغييرُ كان تدريجياً، وأصبحت انتخابات النقابة كمسرحية كل من يحضرها من ممثلين ومتفرجين يعرفون أنها عرضٌ مُسَلٍّ ومربح في نفس الوقت. صار من الممكن بل والطبيعي جدّاً أن يضغط أهل

الحل والعقد بالنقابة على المنتسبين ليعملوا سُخرةً ويتنازلوا عن حقوقهم إن كان لهم شيء باق. حسناً سيادة الوزير، ما نفع من يعملون سخرةً في نظامٍ صحي؟

أتذكَّر تحليلاً معمقا لكيفية فوز بريطانيا في الحربين العالميتين تصنيعياً على ألمانيا برغم أن الدولتين احتوتا الأدمغة الجبارة والتمويل والمصانع. كانتا متساويتين في كل شيءٍ تقريباً قبل الحرب بأشهر ولكن ألمانيا تدهورت صناعياً خلال الحرب وازدهرت بريطانيا. السبب كَمَن في تشجيع بريطانيا للنقابات العمالية بل والاستجابة لطلباتهم برغم أنهم كانوا يضطرون للإضراب في وقت الحرب، بينما عاقبت ألمانيا كل من أضرب بالإعدام ليعمل الناس تحت نظام سخرةٍ قاس. النتيجة أن العمال على الجانب البريطاني كانوا يحبون الذهاب إلى المصانع الحربية بينما يتلكؤ الألمان، لتَسير وتيرة العمل على أقل حدٍّ يضمن عدم إعدام العامل. حصل هذا قبل أن يلجأ النظام النازي إلى معسكرات السخرة والتي أثبت تدقيق مستنداتها بعد الحرب أنها كانت لا تُجدي نفعا من حيث قيمة أو كمية الإنتاج. ما كان مع نقابة العمال حصل مع نقابات المزارعين والحرفيين وحتى بائعي الألبان، ففي ألمانيا النازية - ذات الإله القائد - لا صوتَ لنقابة، بينما ازدهرت النقابات لتعطي حزب العمال زخماً كافياً ليُكوِّن حكومة بناء بريطانيا لِما بعد الحرب (من 1945 إلى 1951).

الحل بسيط المبدأ صعب التنفيذ، بل ويشبه احتساءك للسم، فأنت الآن تتحدّى السياسات الحاكمة للبلد ككل. أنت الآن تحاول زعزعة الأمن وقلب نظام الحكم. وقد تسأل، لِم يتوجب علينا إثارة وكر الدبابير هذا؟ الجواب أنه لكي تقوم للمهن الصحية قائمة، فلا بد من البعد عن مركزية القرار وتحكم أجهزة الأمن في قرارات النقابات العمالية. بيدك تحريرها ويمكنك ذلك ببطء ولكنه خير لا بد منه. إنك حين تُقدِم على أي سياساتٍ تمويةٍ يتكالب عليك ذووا المصالح ليستفيدوا من الزخم الإعلاني، بل ومن توزيع ثروات الوزارة. ولكنك عندما تبدأ في خطواتٍ إصلاحية بمثل هذه الخطورة فأنت تقرع كل الأجراس بأنهم لم يعودوا متحكمين في سير الأمور. أنا لا أدعوك لفوضى خلاقةٍ كانت أم عبثية، كل ما أدعوك إليه هو أن تُرجع جزءاً من اتخاذ القرارات إلى أهله، وأن تُحرّر قبضتك على إنشاء نقاباتٍ فرعية، بل وحتى مركزية أخرى: ستتَّبع نفس ما يفعله حاكم جديد مع نظام قديم؛ تضع صقرا موازيا في الصلاحيات للقديم فيفوقه حتى يُلغى منصبه. الفرق أنك لن تختار صقرك ولن تملي عليهم كيفية تدبر أمرهم.

الفائدة المرجوة بعد هذا هو عض يديك التي أعطتهم حريتهم، فلسوف تطالب كل النقابات بحقوقها الضائعة منك شخصيّاً، وستحس بأنك ضللت الطريق وتندم على ما جنيت من جميل صُنعك. الحق يقال أنك لم تفعل ما فعلت وأنت ترجو السلامة، فمنذ أن قبلت المنصب وأنت تقلب الأمور على غير هوى القائمين على الأمر، وأستغرب حقّاً أنك ما زلت على رأس وزارتك، ولكن ربما أجلك لم يحن بعد. سيكون هنالك الكثير من الغبار وتَنازُع السلطات حتى يقضى الله أمراً كان مفعولا. الإضرابات الميكروسكوبية تحصل كل

يوم من فئة الأطباء والصيادلة، ولكن نقاباتهم تتبرأ منهم مخافة الزج بهم مع المُطالبين بالحقوق لا سمح الله. كل ما سيحصل أنك ستسرع بالمحتوم: وهو موت القديم وبعث الجديد من القيادات التي يمكنها القيام بصِحَّة البلد وبخير أنفسهم. سترتفع أجور العلاج والدواء، ومعها نوعية الخدمات الصحية، بل وستختفي ظاهرة استعباد الأطباء من نيابةٍ وتكليف وسخرة أو عدم توظيف من أساسه. بقول آخر سيصبح العاملون بالصِّحَّة والمرضى آدميون. أنا شخصيّاً أؤمن بالحوار لكل مشاكل الدنيا، ولسوف تجد حلا وسطا مع المالكين الجدد، ولكنك ستكون قد رفعت قدر القائمين بالعمل وحددت معاييرَ عالميةً للعلاج. أنا لا أستطيع التنبؤ بنهايتك كوزير للصحة، فأغلب الأحوال أن ينتهي بك الأمر إلى السجن، ولكن ما باليد حيلةٌ خاصّةً وأنت تعرف ذلك منذ وقت طويل.

حسنا، الآن وقد أصبحت النقابات شركاء في اتخاذ القرار فما الذي يستطيعون فعله؟ إن كل نقابة إذا أشرفت على منتسبيها فلسوف تضمن الرقي بمستوى الخدمات إجمالاً بما فيها معاقبة المخطئ ومجازاة المجتهد. كما أنهم سيتفاوضون على الأجر المناسب لكل شيء بما فيه تحرير الخدمات الطبية وأحقية الوزارة في دفع الأجرة الحقيقية للخدمة ذات المستوى العالي. هذه الخطوات تزيح عنك مسؤولية العناية بكل طبيب وطبيبة، بل كل منظفٍ وحارس أمنٍ في أي مركز صحي قابع على الحدود. هذه الاستقلالية تسهم في توظيف القطاعات العاملة بالصِّحَّة على تحسين أوضاعها وأوضاع الصِّحَّة عامة. أنت الآن تشرف على التحسن بدلاً من إقرار كل صغيرةٍ وكبيرة. الفائدة الأهم أن تغيير أشخاص وأشكال الوزراء لن تهدم ما بنيته أنت إلا بعد قمع كل صغيرٍ وكبير، وهذا وإن كان ليس بمستحيلٍ على حكوماتنا المتنفذة لكنه من الصعوبة بمكان.

المساعدات الدولية

سَمِّها ما شئت: مساعدات، مِنح، هبات أو حتى رشوات. إنها كل ما يستطيع وزراؤنا إقناع الدول الغنية بمنحه لنا مقابل مشاريع شبه وهميةٍ لا تقدِّم ولا تؤخر. يقول الإنجليز إنه لا غداء مجاني فكل مساعدة بثمن. ما يجب على سيادتك هو تغيير هذا النمط من التفكير، وتوظيف الرغبة الصادقة من بعض الدول للمساعدة حقّاً في تحسين الوضع الصحي عندنا. ولكن لماذا يساعدون بالأساس؟ لقد أصبح العالم قريةً صغيرة وصار السفر العابر للقارات سهل المنال، بل روتيني في بعض المهن. الآن أصبحت الأمراض المعدية هاجساً لدول العالم الأول والثاني، كما أصبح الكثير من الدواء يحتاج إلى تسويق وتجارب على البشر. ولا تنس أن مراكز التوزيع والمصانع تحتاج إلى الأيدي العاملة الرخيصة، ولكن ليس على حساب الجودة. إذاً ما زال عندنا ما نفاوض به.

ما يحدث حالياً هو أن تَقوم وزارة الصِّحَّة بالتنسيق مع وكالات التعاون الدولية بإنشاء مشروع يهم دولة ما لغرض أو آخر، فيتم

التصميم وتسويق المشروع داخليّاً على أنه قفزةٌ نوعية في مجال الخدمة الصحية وخارجيا كمساعدات إنسانية يمليها الحس البشري المرهف. الخاسر الأكبر هم مواطنونا ممن لا يعرفون إلى أي شرٍّ يساقون. أَعرف عن مشروع تُموّله دولة عظمى لإقامة مصنع عملاق على أرض عربية ظاهره الرحمة وباطنه من قبله العذاب. و مؤكد بأنك قد سمعت عن محسنٍ أجنبي - أغني رجل بالعالم حتي وقت قريب - رصد ملياراته لمحاربة المرض في مجاهل افريقيا؟ هل يحارب المرض فعلا؟! أم يُجرِّب الجديد من الأدوية كل يوم على البشر مجاناً وهم مبتسمون؟ أعرف شركة اخترعت جهازا لتحفيز خلايا الشبكية بمحلولٍ هلامي اختُبر لمدة عشر سنوات في البرازيل ليثبت فشله بعد ذلك. هل من طريقة لمعرفة ما أصاب من اختُبر عليهم؟

ما يمكننا قوله بأن تجارة البشر والرقيق لا تقف عند حد المتاجرة بحق الإنسان في الحرية بل وصلت إلى حقوقه في عيشٍ صحي وخلو من المرض. إن كرامة الإنسان يمكن أن تُنتهك بكل بساطةٍ خلال العملية العلاجية، فما بالك لو كان الانتهاك متعمدا! وبرغم كل هذا فإن الشرفاء في العالم كثيرون، ويمكن التعاون معهم لنفيد الانسان. أول هذه المجالات هو البحث الجيني، فلدينا العلماء - وإن كانوا موزعين على دول العالم الأول - ولكن تنقصنا الإدارة والتنسيق ويمكن لأي مركزٍ بحثي يقام عندنا أن يُسهم في خير البشرية جمعاء. ما يجعل هذا الأمر مُهمّا أن الخريطة الجينية - بل والأمراض الوراثية - مختلفةٌ من مكان لآخر ومن عرق لآخر، وبالتالي ما يمكن بحثه عندنا مختلفٌ تماماً عما يمكنهم بحثه هناك.

من المجالات الأخرى للتعاون هناك تجربة العقاقير، فلدينا الأمراض المزمنة التي تحتاج للكثير من الأبحاث لاستخلاص أدوية وعلاجاتٍ لها. الأمر ليس كما تتصور من أننا سنجرب سُمّاً على مريض كما يفعلون، بل نجرب كفاءة وملاءمة دواء - مُكتشَفة خواصّه وفوائده - على مرضانا. كل هذا يسير في معايير أخلاقيةٍ عندهم، ويجب أن يكون الأمر كذلك عندنا.

من المثير للاهتمام أيضاً علم انتشار الفيروسات ومدى تحوُّرها عند الانتقال من منطقةٍ جغرافية إلى أخرى، ومدى تأثرها بالتغيير الجوي ووجود ناقل طبيعي لها من عدمه. يوجد عندنا تنوعٌ جغرافي، كما يوجد لدينا كفاءات كفيلة بإنجاز تقدم هام. وإذا كنا قد أَثَرنا موضوع الأمراض، فالمزمن منها يرتع في بلداننا ونطلب الجديد من العلاج كل يوم، لكننا لم نبحث بعد في مقدراتنا، فما زال العديد من أعشابنا وفطرياتنا - بل وبحارنا - يحتوي على ما يستحق بحثه ويعتبر كنوزاً مستعصية على الاكتشاف. تصور مدى التنوع البيئي للبحر الأحمر مثلاً وصموده أمام التغير المناخي بكل ساكنيه من أحياء تمتلك انزيماتٍ وكيميائيات غير مكتشفة. ما أريد قوله أن كل هذه الأفكار الخلاقة لن تنفع منظومة الفساد الحالية المحصورة في استخراج العمولة من مشاريع البناء.

إن استخلاص المساعدات المفيدة لنا من الدول المانحة لا يعني التسول بما تجود هي به، بل المطالبة والتوجيه لما فيه نفعٌ لكل

الأطراف. إن الإسهام في التقنية الطبية من حواسيب وإحصاءاتٍ بل وأجهزة واختبارات لَيضعنا في مقدمة البلدان المطلوب التعاون معها لعدة عوامل منها: توفر الطاقة البشرية، وتوفر القدرة على الابتكار والإبداع، والأخيرة مثلاً مفقودة في الصين عموماً. ولا تنس أن بلادنا محورية في موقعها، متعددة المناخ والأعراق. لكي نصل إلى نقطة الاستجابة مع أنظمتهم وما يستطيعون فعله لنا، يجب علينا أن ندرس أنظمتهم وطرق تفكيرهم. إنه أشبه ما يكون بتعلم لغاتهم. كم من الوقت يتطلب تجميع لجنة شبابٍ من خريجي اللغات والطب والكيمياء وخلطهم بمسؤولٍ في التعاون الدولي وآخر للجودة وأنظمة الاتصالات؟ إن مثل هؤلاء من الشباب سيكونون نواة للعمل المشترك الآن، ومراكز للقوى مستقبلا.

الجمعيات الخيرية والمنظمات الأهلية

هنا أحد المواضيع التي يجب عليك التعامل معها بكل حرص. إن حب الناس للخير أصبح مرتبطاً بشكل مُلتوٍ تماماً مع قدرة أناس آخرين على السرقة والإفساد. الحق يقال أن ضُعف الرقابة والإعفاء من الضرائب مَكَّن الكثيرين من جمع الأموال ابتداءً، ثم استثمارها، وصولاً إلى غسيلها تحت مسميات خيرية. الضرر أيضاً مضاعف إذا تسرب الفساد إلى مثل هذه الخيريات بسبب الإهمال المتعمَّد للفئة المُعتنَى بها. فدُور الأيتام تتعمد إلباس الأطفال السيء من الثياب وقت الزيارة حتى تُحنِّن قلوب المتبرعين، تماماً كما يُفعَل بنزلاء دور رعاية المسنين وأطفال الشوارع وذوي الاحتياجات الخاصة.

من خلال متابعتي للعديد من هذه الجمعيات على مَرّ السنين تبين بروز التجارية منها والفاسد في مواسم التبرع: رمضان مثلاً في بلادنا العربية. يمكنك وبكل سهولة التعرف على استخدام العاطفة لاستجداء ذوي القلوب الرحيمة. هؤلاء حولوا رمضان من شهر للعبادة وصلة الرحم إلى موسم للشحاتة. السيناريو معروفٌ ومُجرّب، جمعيات ومؤسسات مشهورة وغنية تشتري نصيب الأسد من وقت الإعلانات في أغلى فترةٍ في اليوم (قبل الإفطار وبين المسلسلات كفواصل) بملايين الدولارات لتسألك أنت بالتبرع لتكفل أُسرةً فقيرةً أو تساعد أيتاماً أو تعالج فيروساً أو تَبني مستشفياتٍ ومدارسَ ومعاهدَ للأورام. ودائماً أسأل نفسي بعد كل فاصلٍ إعلاني: كم يجب أن يجني القائمون على كل حملة حتى يسددوا مصاريف ممثلين، كادر الإنتاج، نفقات وكالة الإعلانات وثمن وقت الإعلان نفسه؟! هذا إذا لم نُضف نفقاتٍ تُصرَف لفائدة مسؤولين إعلاميين من أجل تخصيص وقت الذروة لحملةٍ دون أخرى، والسماح أصلاً بجني المال وفائدة لحسابات البنوك التي ستجني التبرعات. مما يثير المزيد من الشك هو تراكب ما يفترض أن تتبرع به أنت، مع المفترض بالحكومة ووزارتك عمله. لم يتبرع الناس مثلاً لعلاج وباءٍ عتيق أو محدثٍ أنت مُقصِّر في الإمساك بتلابيبه؟

هنا يجب أن نخوض في تفاصيل المبلغ المتبرَّع به، أين يذهب؟ المختصر المفيد أنه لا أحد يعلم على وجه اليقين ولا حتى وزارة الشؤون الاجتماعية المُخوَّلة بالتدقيق في حسابات هؤلاء. طبعاً بعض البلدان أصبحت أشد صرامةً بعد اكتشاف مصادر تمويل لبعض الجماعات الجهادية المنهج مشتقةٍ من أموال الزكاة؛ هنا تدخلت قوانين مكافحة الارهاب (لا الحد من الفساد) لتتأكد من ذهاب الأموال في طرقها المفترضة. هذا لا يعني أنها لا تُبعثَر؛ فعشرون في المئة تذهب قانوناً كمصاريف إدارية بحتة، كما يتم دفع الإيجارات ومصاريف الإعلانات وتسديد رسومٍ تحت مسميات شتّى. ما يتبقى يُصرَف في استثمارات يعود ريعها "إن وُجد" على الفئة المكفولة أساسا. هنا نقول "إن وُجد" لأن هذه المشاريع تُدار بنفس العقلية الفاسدة الموجودة في وزارتك، أو تُحوَّل إلى ملكيةٍ خاصّةً لتدار بعد ذلك كشركات خاصّةً عالية الكفاءة. لا أحد يعلم على وجه اليقين ولا يوجد قانونٌ يحكم قنوات تصريف مثل هذه الأموال.

هذا لا يعني أن نعمم، ولكنني دائماً أحرص على اتخاذ الحيطة عندما أرى مقدمات فساد. وسأكتفي هنا بمثالٍ واحد غير صحي، لكنه يَدُلّك كيف تجري الأعمال في العموم. "بنك الطعام" هو مؤسسةٌ غير ربحية تقوم على جمع التبرعات المادية والطعام من عامة الشعب، ثم يقوم متطوعون بجلبه وتجهيزه وتعبئته ثم توزيعه طلباً لرضى الرب. ما يثير الريبة حقّاً هو احترافه الإعلامي بمشاركة كوكبة من النجوم بالغناء تارةً وبالدعم الشخصي تارة أخرى. يترأس هذا البنك كوكبة أخرى من رجال الأعمال ويزعم موقعهم تكفلهم شخصيا بالمصاريف الإدارية. نُثمِّن لهم تبرعهم بوقتهم وإنشاءهم لنظامٍ جديد علينا بعض الشيء، ولكن لِم لا يقومون هم بتمويل نشاطات بنكهم؟

أجاب على سؤالي أحد المتبرعين عندما حل اللغز بتصويره ما يُكتب على كَراتين توزيع المساعدات. أحياناً يُكتب بنك الطعام وأحياناً تَبرُّعٌ من الحزب الفلاني، وأحياناً من فاعل الخير العلاني. فَسّر أحد العاملين الأمر بأنه "حسب الطلبية". هنا يتضح بيع الطعام المجاني أصلاً والمعبَّأ بجهود متطوعين لجهاتٍ تهدف إلى نشر رسالة سياسية أو جذب انتخابي. لم أستطع - للأمانة - التأكد من أماكن التوزيع المستهدَفة ولا من قوائم المستفيدين لأكون حكماً نهائيا، ولكن الرئيس التنفيذي للمؤسسة أفاد كردٍّ على انتشار الصور "بأن الأموال التي تشارك بها الجهات السياسية منفصلةٌ عن تبرعات المواطنين للمؤسسات الخيرية". هذا يزيد الطين بلةً ويطرح مزيداً من الأسئلة عوضاً عن إجابتها لأن كل الكراتين تُجمَّع سويا على خط تجميع واحد بنفس المكونات بجهود متطوعين!

برغم أن المثال أعلاه لا علاقة له بالصحة مباشرةً، إلا أنه يشكل نموذجا يَسهُل تتبع خطوات تشغيله ومعرفة نواياه. يوجد عندنا جمعيات تزعم الإعتناء بالعديد من الأمراض، وتقوم بجني التبرعات ثم يقوم متبرعون على تحمل العبء الوظيفي، وفي النهاية تقوم بجبي المساعدات من الخارج مستخدمةً المرضى كطعم. قد يستفيد الناس معنوياً وربما مادّياً ولكن ليس بالقدر الذي يضمن التخلص من المرض، بل بما يكفي للدوران في فلك المعاناة حتى يتم حلب وضعك المأساوي إلى آخر قطرة.

الْفَصْلُ الْخَامِس:

الْهَيْكَل

قوانين الممارسة الطبية

في العنوان أعلاه كلمتان متضادتان، فلا أهل القانون يفهمون الممارسة الطبية - الواقعة دائماً في المجال الواسع للون الرمادي - ولا الأطباء يحبون الالتزام بأي قوانين. ربما فَسّرَ هذا الشك والريبة المتبادَلان بين المشتغلين بهاتين المهنتين. حالة التذبذب بين الافراط والتفريط مازالت تفرض قيوداً حيث لا يحبها الأطباء، وتترك الكثير من انعدام القانون حيث يصول المحامون. مهمتك هي العدالة في الإنتاج والتوزيع. الخلل يكمن من وجهه نظري بفراغٍ تشخيصي في سَنّ قوانين المهنة الطبية، فلا يمكن لصناع القانون وخبرائه معرفة ما يعني أن تكون طبيباً، ولا يمكن لطبيب أن يصيغ قانونا لأنه بطبعه غير ملتزم به. هذا لا يعني أن يمرح الأطباء بدون رقيب، ولا أن يهدد محاموا التسويات (مُطارِدوا سيارات الإسعاف في الولايات المتحدة) نظامك الصحي.

اللبنة الأولى في أي نظامٍ قانوني يُنظِّم أي مهنة هي التطبيق. إنَّ وَضْع القانون ليكون مهاناً وغير قابلٍ للتطبيق لهو آفة العرب عامة. لدينا العديد من القوانين القديمة التي لم تشهد أيّ تحديثٍ أو حتى تطبيق، وما تصلح له حالياً هو اتخاذها كثغرات للمتنفذين. الخطوة التي تليها أن تلبي حاجة الأطباء والمرضى في حمايتهم من بعضهم البعض، فالطبيب يريد الحرية في اتخاذ القرار ولكنه يريد أن يتحمل المريض تبعاته، بينما المريض يتربص للطبيب الأخطاء ويتدخل بدون درايةٍ في تقرير اللازم. هنا لسنا في حاجة لاختراع العجلة، فالكثير من الدول يمتلك الجيد من القوانين القابلة للتطبيق عندنا بكل سهولة إن دار حولها النقاش الجيد والتوعية الكافية. وربما تعجب أن أول من سن قوانين ممارسة المهنة كان حمورابي سنة 1770 قبل الميلاد، ومازالت صالحةً للاستخدام في قواعدها رغم عدم مساواته بين العبيد والأحرار. ولذلك يجب الابتعاد عن سَنّ قانونٍ فجائي تحت الأستار ليخدم مصلحة طرف (كالمستشفيات الملتهمة للأطباء) ويُمرَّر تحت جنح الظلام. إن كل القوانين ذات التوجهات الاستعبادية مرفوضةٌ، فكل ما يمس واجبات الطبيب غاية في الإحكام، بينما لا يوجد قانونٌ يرغم المستشفى على توفير وقاية صحية للطبيب من العدوى أو التعرض الإشعاعي مثلاً.

يحلو لواضعي القانون صياغة مواد عديدةٍ تأخذ كل الاحتمالات بعين الاعتبار ويثبتها نواب مجالس الشعب الصورية أو الحاكم بأمر الله، ولذلك نجد قوانيننا الطبية الحالية كمسخ من كثرة الإضافات والتعديل. إنك حتى لا تجد انعكاس القانون على واقع البيئة المفروض تطبيقها فيه. إنّ تفشي الجهل بين عامة العرب يرغم الطبيب على التصرف كإله غير مبالٍ بقانون أو حتى تهديد باستخدامه. ولكنك لن تعدم خليطاً مميزا من واضعي القانون الذين هم أطباء في الأساس ليملؤوا هذا الفراغ. كيف لا ونحن نمتلك فرعا خاصا يسمى الطب العدلي أو الجنائي، هؤلاء هم أقدر الناس على سن قوانين تنظم الممارسة الطبية وتضمن للمريض والطبيب سهولة العملية العلاجية، وكذلك فض الخصومات إن وُجدت.

الغرض الأساسي إذاً هو إيجاد قاعدة يستند إليها المشتغلون بالطب والمتداوون به لسلوك أقرب طريقٍ لدحر المرض. هذا الطريق لابد أن يراعي حقوق جميع الأطراف، بِغَضّ النظر عن مستوى التعليم، لأن الأطباء يُنظر إليهم بعين الاحترام، فيتم ظلم من تأثر سلبا بسبب علاج، بل والضغط عليه للرضوخ للأمر الواقع أحياناً وتحت ستار القضاء والقدر أحياناً أخرى. وكما نحب كلنا أن نرى أطباء ينبع التزامهم برمز الممارسة النبيلة من قرارة أنفسهم فإن هذا لا يُعوَّل عليه. إن حصول خطأ طبي غير مميت - وأدى لزيادة المعاناة - لكفيل بأن يُضيّع احترام الطبيب قبل لقمة عيشه، ولذلك يدافع الأطباء عن أنفسهم بكل الطرق والوسائل وأولها إخفاء المشكلة. بالطبع قد تشك في أن القتل العمد أو الإهمال الجسيم المؤدي للوفاة صعب التستر عليه، ولكنني أؤكد لك أن غرف العمليات وطاقم الجراحة، بل والعديد من الكادر الطبي الجنائي متواطؤون بطبعهم انتصاراً للمهنة وشرفها، وهذا ناتج عن جهل كامل مع انعدام الرقابة. وكما نشهد بأن طاقم التدريس يولون أشد العناية لابن زميلهم المدرِّس، والأمر كذلك من المحامين للمحامي، فإن الأطباء مشهورون بالتشهير في بعضهم أمام المريض، فقط في صغائر الأمور، بينما تمضي معظم حالات الإهمال تحت تغطيةٍ وتواطؤ. هنا يأتي دور قوانين الممارسة لتضمن عقاباً رادعا تمنع بالدرجة الأولى أي انتهاك لحق المريض بعمد أو بدون.

هناك أيضاً مواضيع يجب على قانون الممارسة أن يتطرق إليها مباشرةً، وبرغم شائكيتها فإنها شديدة الإلحاح أمام المجتمع الطبي، منها: الإجهاض، أخلاقيات الممارسة، الموت الرحيم، حق الحياة للأجنة المشوهة ومواليد المتلازمات، تجارب الأجنة وبروتوكولات تجارب الأدوية. من المؤكد أن كل هذه القضايا تحتاج لنقاشٍ مجتمعي بنّاء يبدأ خطوة بخطوة، ومن المستحيل إقرار قوانين في هكذا مسائل عنوة. هذا النقاش يجب أن يأخذ في حسبانه مغالطاتٍ قاتلةً كالجملة التالية "إن الطب مهنة سامية نبيلة لا يجب أن تكون مهنة من يبحث عن المال، فالطب يجب أن يكون كالرهبنة، من يدخله يُوَدِّع البحث عن متاع الحياة الدنيا الفاني، وعلى الطبيب أن يذر نفسه لمرضاه". هذه النظرة الخاطئة للأطباء تسهم بأشكالٍ عدة في تجريم طلب الرزق، وفي نفس الوقت تُضفي قدسية على ممارسيه. يجب أن يصل المجتمع إلى القناعة بأن الأطباء والمرضى بشرٌ سواءً بسواءٍ، وأن ذهاب المريض إلى الطبيب للتداوي يعتبر عقدا بأجر يلتزم فيه كلا الطرفان بأداء ما عليهما بقوانين وضوابط للممارسة. هذا لا ينتزع إنسانية أيٍّ منهما، وتبقى دماثة الخلق والإحسان في الأداء سمتان أساسيتان للتعامل بين البشر كافة. إن مجرد تداخل الموروثات الاجتماعية مع جهلٍ قديم مستفحل وعقلية علاجية، يختلط فيها الطب السيئ بادعاء الألوهية، لَيجعلُ الحل عصيّاً على كل من حاول. يمكنك أن تجد المعادلة اللازمة لفك الطلاسم وتأهيل الجيل القادم من أجل صِحَّةٍ ووعيٍ أفضل إذا أشركت الطبقات المثقفة، بل وعامة الشعب في حوارٍ بناء.

التعليم المستمر وامتحانات الكفاءة

عند تخرجي من الجامعة (التابعة للتعليم العالي) ذهبت لتسجيل شهاداتي في نقابة الأطباء (التابعة لوزارة الصحة)، فتعجبت أنهم

لم يطلبوا مني دخول أي امتحانٍ يدل على كفاءتي. اتفقت الدول على أن يُمارِسَ الطب كل من يتخرج من كلياتها الطبية وكأنه تَخَرَّج من أفضل كليةٍ في العالم. هذا يعني أنه إذا كان لبلدك خمس كليات طب فلابد أن يكون كل الخريجين منها على نفس المستوى التدريبي وأن يكون كل من تخرج على نفس مستواك وهذا محال. هذا أيضاً يفترض أن أيّاً منهم لم ينجح بالواسطة أو بالغش أو لم يقرأ قبل الامتحان بأسابيع معدودة. كيف تعرف النقابة من منا يستطيع العلاج ممن أطلقت يداه ليزيد المرض؟! وهنا نسأل لم تقوم النقابة بامتحان من نجح من دولةٍ عربية أخرى لتقييم مستواه برغم أن المستوى العام لكل الدول العربية متوسط على الأفضل؟ ألا يجب أن تمتحن النقابة كل من تسجل حتى تضمن نوعية أطباء سيعتنون بالبلاد والعباد لعقودٍ مقبلة؟ كيف نسمح لقصور وزارة التعليم العالي بإفساد البلد صحيا؟

هناك اتجاه عام في الدول الغربية لتقييم الأطباء كل خمس سنواتٍ وإعادة ترخيصهم كل عشر. هذا الاتجاه اعترض عليه الأطباء في البداية بشدة متعللين بأنهم ما ازدادوا إلا خبرةً وما نقصوا إلا سنوات من عمرهم اسْتُغِلَّت في تحصيل الموجود لديهم من العلم، ولذلك فإنه من غير العدل أن يُنتقص من علمهم وخبرتهم بطرقٍ كهذه. بعد إصرار السلطات على تطبيق النظام صار الأطباء أكثر ليونة، ومع مرور الوقت، اكتشف الأطباء أن الذكرى تنفع المؤمنين حقّاً، وأنهم كانوا يعانون من النقص فعلاً سواء فيما تعرض للنسيان ابتداء أو ما جاء لاحقاً من التطور والتقنية مما لم يدركوا سابقا. الاتجاه الحالي أصبح أشد تشديداً، فلكي يعاد الترخيص كل عام أو اثنين يُطلب من الطبيب عددٌ معين من الساعات التعليمية وتسمى التعليم الطبي المستمر. الفكرة قائمة على أساس أن العلم ليس غاية بل طريقة حياة، وأن التعليم ليس نهاية مرحلةٍ تُكتسب بنجاح امتحان. وعليه فإن الطبيب يجب أن يكون على تواصل شبه دائم مع كل جديد من خلال الانترنت أو المجلات العلمية أو حضور مؤتمرات.

الآن وقد عرفنا ما وصلوا إليه، ماذا وضعنا نحن؟ واحدٌ من اثنين يشكلان الأغلبية الساحقة: الطبيب الإله أو المغلوب على أمره المنهزم. كِلا النوعين مذمومان وغير قابلين للإصلاح إلّا من رحم ربي. السبب أن كِلا النوعين يرفضان أي محاولةٍ لتغيير الأوضاع وينكران - برغم تواجدهما على النقيض تماماً - وجود مشكلةٍ، فالحياة تسير كما ينبغي. إن دراسة مثل هذا السلوك مهمةٌ لتحديد لِم يقاوم الأطباء التغيير وإن كان للأفضل. ربما كان الأمر متعلقاً بطول مدة تعليم الطبيب أو المكانة العليا التي يعطيها المجتمع له. كل هذا يجب أن يتغير، فالطبيب بشرٌ يخطئ ويصيب، يُؤخَذ منه ويُرَد عليه، وبذلك يتوجب أن يبقى على اتصال بالجديد من مهنته طالما اختار الاستمرار في عمله. الحقيقة أن اتخاذ قراراتٍ علاجية صعب وينبغي لاتخاذه الكثير من المعطيات التي تتبدل مع الزمن. ولنأخذ الأسبرين مثلا؛ فعلى مدى سبعين عاماً احتل الأسبرين عرشي الحب والكراهية، ومازال له العديد من التطبيقات التي تتبدل بحسب المقصود منها. هناك أيضاً فروع من الطب تعتمد على التقنية أكثر من غيرها؛ كطب الأعين مثلاً، بينما لا تزال المهارة هي المسيطرة إلى الآن على ساحة الجراحين.

نحن هنا لا نطلب من الطبيب الاعتكاف على الكتب كلما حان موعد التجديد، ولكننا نحثه برفقٍ على تقبل مبدأ التعلم كأسلوب حياة. هنا يأتي دورك يا سيادة الوزير حتى تضع بعضاً من الشروط لإعادة ترخيص الأطباء، فكن رفيقا بالمريض الذي يضع حياته رهن قرارٍ من جراح كبُر سنه وانقطع علمه منذ عقود خلت. أنت أدرى بأحوال بلدك وإمكانيتهم المادية، ولكن أقل ما يلزم هو اشتراكٌ شهري في مجلة علمية وعدد من الساعات التدريبية السنوية يأتي من مؤتمر واحد رئيس سنويّاً وإلا فلن يجدد ترخيص مزاولة المهنة.

هناك أيضاً وسائل خلاقةٌ للتعليم الطبي المستمر كمجموعات بريدية أو تجمعات على الانترنت تُتبادل فيها الحالات والصور وطرق العلاج. يمكن لهذه الوسائل أن تجتذب صغار السن من الأطباء لقربها إليهم، ومع الوقت قد تحل مكان المؤتمرات كليّاً. وعلى الصعيد الشخصي، فأنا مشتركٌ بجمعية متخصصة تسجل كل فعاليات مؤتمرها السنوي ويصبح متاحا للمشاهدة بعد أسبوعين. هذا يسمح لي بالتعلم وقتما أردت أنا بدون أي تكلفةٍ، ومتيحا لي إعادة ما لم أستوعبه عشرات المرات بما في ضمنها تسجيلات للعمليات الجراحية. المشاركة الفعالة في ورشات العمل قد تعطي نقاطاً أو ساعاتٍ تساعد على الترخيص، كأن يشارك الأطباء في حملات تدريبية أو توعويةٍ أو حتى كشف مبكر. يجب أن يُفتح الباب على مصراعيه للوسائل الخلاقة التي تتيح مشاركة الناس في تحسين أوضاعهم الصحية.

اسمح لي أن أسرد عليك وسيلةً قديمة متجددة عُمِّمت على أَلْفَي مُنشأة صحية بحلول 2012 من ضمنها مستشفيات "الخدمة الوطنية الطبية" ببريطانيا. إنها القائمة المرجعية أو بالعربية المبسطة "اللسته". إنها قائمةٌ يجب على الأطباء تتبع تسلسلها أثناء تقديم الخدمة الطبية لضمان الجودة. إذا كانت وكالة الفضاء الأمريكية "ناسا" تستخدمها بكل نجاحٍ فلم لا نحن أيضاً؟ مثال على ذلك ما نقوم به قبل القيام بأول شقٍّ جراحي: عَرّف نفسك باسمك، تأكد من هوية المريض، تأكد من هوية العملية، قم بعمل علامة على الجهة المطلوبة، اِسأله إذا ما كان يعاني من أي حالة حساسيةٍ، ناقِش احتمالات النزيف والتلوث أو التعفن. عام بعد عام تنخفض المضاعفات على غرار الإصابة بالعدوى بعد الجراحة، وتهوي معدلات الوفيات أحياناً إلى النصف؛ هذا نمط من أنماط التعليم المستمر. ما حصل أن القوائم لم تُحدِث تحسّناً في كل المنشآت بشكل متوائم، بل بقيت نفس المعدلات في بعضها كما كانت قبل الاعتماد. وباستطلاع بسيطٍ تَبَيَّن مقاومة الفِرقِ الطبية لمثل هذا الإجراء البسيط، سواء لأنها غير مناسبة، أو غير منطقية، أو لاعتبارها مضيعة للوقت، أو لأن الجراح الأساسي قاومها بزعم أنه أعلى منها ولا يحتاجها، بل كان يتدبر أمره بكل سهولةٍ قبلها. ما نريد تعلمه من هذا المثال هو تدخل فريق التعليم المستمر لتحسين القائمة، بحيث تتلاءم مع طبيعة المُنشأة أو العاملين بها بحيث يسهل استخدامها. لقد تم إنشاء قوائم داخلية نابعة من الفرق نفسها لتتحسن الأرقام ويمتثل الجميع.

اللجان الطبية

تطالعنا الصحف كل بضعة أسابيع بمن له شكوى من لجنةٍ طبيةٍ بمختلف تخصصاتها. ما هي اللجان الطبية؟ وما هي وظيفتها؟ ولم يشتكي الناس منها؟ إنها اختراع وزارة الصِّحَّة الموازي لعنق الزجاجة. المعروف أن لكل نظامٍ كوابح لتنظيم السرعة والتحكم بالمسار، ولكن عندنا يوجد عنق زجاجةٍ مصمم خصيصا لتأزيم الوضع. هذا بالضبط ما تعمله اللجان الطبية المتخصصة من تعقيد للأحوال. إنها عبارةٌ عن مجموعة متغيرة من الأطباء الأَكفاء الذين تنتدبهم الوزارة لتقرير وضعٍ صحي لشخص كالإعاقة أو عدم توافر علاج بداخل الدولة حتى تقرير الحالة الصحية لمنشأة أو مستشفى. بمعنى آخر؛ هم أعين وآذان الوزارة في تشخيص العِلل. هنا يبرز سؤالٌ جوهري وهو: كيف تحول الأطباء الأَكفاء إلى عائق؟ كيف انتهى الأمر بتفصيلٍ تنظيمي بحت إلى إجراء يشتكي منه القاصي والداني، بل ويموت أناسٌ منتظرين انعقاده؟ ما حدث لم يكن بين ليلة وضحاها، بل أخذت السنين على عاتقها إخضاع النظام بالكثير من الترزيات، فما عاد القائمون على اللجان أكفأ الأطباء، بل مُعيَّنون بدون مقابلٍ تقريباً من عامة الأطباء العامين، وأصبحت بعد ذلك وظيفةً متدنيةً لمن لا يحسن عملا آخر بالوزارة. كما أن كثرة المشتكين من كل الفروع والأوجه جعلت عمل اللجان تخديرياً بحتا. في البداية تراصَّ الناس لعمل تقرير، ثم لتحسين علاج، ثم للعلاج على نفقة الدولة، ثم للعلاج بالخارج، ثم للحصول على إعفاءات وتقارير غير صحيحةٍ كليّاً. باختصار صارت اللجان نسخةً طبق الأصل عن الفساد الإداري بالدولة ككل. إن معضلة الفساد أنه يعمل كالغربال، فيتسرب الخيّر من بين الثقوب ويبقى السيئ بكل أشكاله وألوانه ليبغيها عِوجا.

لكي نكون منصفين فعلينا الاستماع إلى شكاوى السادة العاملين بمثل هذه اللجان. إنهم يعانون الأمرين من سوء تأهيلٍ إلى سوء إدارةٍ وتوجيه. كيف ينبغي لهم رفض علاج شخصيةٍ عامةٍ أو سياسي بالخارج على نفقة الدولة بعد توجيهات السيد الوزير بذلك؟ حسنا كيف يمكن لهم إرسال كل من تستدعي حالته للعلاج وعندهم أوامر مشددةٌ بضرورة الالتزام برقم محدد يوميا لأن الميزانية لا تتحمل؟ وأخيراً كيف يستطيعون فحص واختبار كل هذه الأعداد المطالبة بالعناية والبلد كله يئن تحت وطأة المرض؟

هنا تأتي أنت لتُحدث فرقاً؛ يجب عليك بناء النظام من أول لبنة. إن المسميات المختلفة للإدارات العاملة تحت مظلة اللجان الطبية متخصصة بالفعل ولكنها إسمية فقط. تَأَمَّل في إدارة البروتوكولات العلاجية ونُدرةِ - بل انعدام - إنتاجها لقلة تأهيل من يعملون بها لدرجة أنها تُعامل كمرتعٍ لمن عَيَّنه قريب أو عزيز. إنها انعكاس لحال الوزارة المتردي على كل الأصعدة الإدارية. يمكنك فقط تصور كمية العمل اللازمة لتحسين الوضع العام ككلّ، وهنا يمكنك البدء من النواة الداخلية بوضع أسسٍ سليمةٍ تلغي مصلحة اللجان وترفع عنهم الأغلال حتَّى يستطيعوا العمل بكفاءة. إن مبدأ المراقبة المُتَّبَع في كامل الوزارة يفرض نفسه هنا أيضاً، فالتحقق "العشوائي المنتظم" ضروري. هذا يعني أن تُدقِّق في عمل اللجان كل شهرٍ مرّةً مثلاً بانتقاء عيّنة عشوائية (طلب أو معاملة) وتبدأ بالحفر وراء كل

تفصيلٍ لتصل إلى لبّ الخلل. كل مرة تدقق في لجنة ستخلص إلى منابع القصور وطرق التحسين. لا مجال هنا للحديث عن حال البلد الإجمالي، وأنه يجب أن يموت البعض ليعيش البعض الآخر. بإمكانك أنت إحداث فرقٍ حتى ولو كان محصورا في جنبات مبنى وزارتك.

وقبل أن أترك هذا الموضوع يجب أن أحث فيك الانتباه إلى الجانب الإنساني من عمل هذه اللجان. إن معظم من يعملون فيها قد فقدوا إنسانيتهم نتيجةَ التعرضِ للعديد من حالات الادعاء والتمثيل طمعاً في معاملة تفضيلية فأصبحوا من العنف والسادية بمكان. إن سياسة تعذيب المريض ليعترف بأنه ليس صاحب عاهةٍ أو ادعاء للمرض لَيكون أقرب إلى ممارسات الشرطة القمعية للحصول على اعتراف مُوثَّقٍ بالجرم. هذا السلوك الغير أخلاقي هو ما يَكرهُه الناس في المثول أمام أحد هذه اللجان حتى وإن كان صاحب عاهةٍ أو احتياج. أَذكُر مثالاً لدولةٍ عربيةٍ عرضت مشروعا لبيع سيارات مجهزة للمعاقين بدنياً معفاة من الضرائب. الشرط الأول أن تكون عندك شهادة من اللجان المختصة تفيد بالإعاقة وهذا عادلٌ في حد ذاته. فشل المشروع في إيصال السيارات إلى مستحقيها لأن اللجان أصبحت تتقاضى أموالا لصرف شهادات الإعاقة، بحيث فاق ثمن السيارات مثيلاتها في السوق، كما أن عديمي الضمير من تجار السيارات أقنعوا الدولة بانعدام من يستحق مثل هذه التجهيزات والأفضل لهم استخدام المتوافر في السوق. قُل لي بالله عليك كيف يحصل معاقٌ على سيارةٍ مجهزةٍ لحالته إن كان يوجد عندنا نظام محبط كهذا؟!

الطب البديل

في مجتمعاتنا يبدأ التداوي بكل الوسائل السهلة ابتداءً بما يصدف تواجده بالثلاجة مرورا بالوصفات الشعبية ثم الرخيصة كأدوية الصيدلاني، ثم يُضطر المريض اضطراراً للجوء إلى طبيب عام فمختص. السبب يرجع إلى ضيق ذات اليد أو ذات الفكر. إلى هنا والأمر غير كارثي، ولكن ما يحدث بعد فشل الطب الغربي الحديث في علاج المرض غَيْر سَوِيٍّ أبدا. هنا يبدأ المريض بالبحث عن مَنفذٍ آخر للعلاج متمثلاً في طب بديل أو حتَّى دجال ليخفف عنه وطأة المرض، أو ليسمعه ما يتمنى سماعه. هذا يلجئنا إلى دراسة ظاهرة الطب البديل ومدى إسهامه في علاج المجتمع وتخفيف المعاناة، بل والحد من تفشي الدجل والشعوذة. إن بعض ثقافاتنا المحلية تَعتبر الطب الغربي المثبت علميّاً باهظ التكلفة - وهو كذلك - وتؤمن بنجاعة الأعشاب والخلطات الغير كيميائية. كل هذا جيد ما دام يحقق الهدف من دحر المرض وتخفيف المعاناة.

الطب البديل إذاً هو كل ما يهدف لتحسين الصِّحَّة أو تخفيف معاناة أو إحداث شفاء، لكنه غير مبنيٍّ على أسسٍ علمية معروفة

أو مدروسة معتمدة، أو لم يثبت نجاعته بمختبرات وتجارب على البشر حول العالم. هذا يشمل العديد من طرق التداوي كقوة الإقناع أو قوة الإيمان. إن التحسن في الحالة النفسية مهمٌّ جدّاً لكل مرضٍ لا يرجى شفاؤه، حتَّى بأحدث العلاجات في أي مكان على سطح الكرة الأرضية، فلا تستهن به. كما أن الهوميوباثي هو "العلاج بالطاقة المثيلة أو المتجانسة، أي بنفس أعراض المرض عن طريق تقوية مراكز الطاقة الحيوية بجسم المريض بواسطة طاقةٍ حيويةٍ متجانسة معه، والتي نحصل عليها من المواد الطبيعية المنتشرة حولنا، نباتية كانت أو حيوانية أو حتَّى معدنية". عندما قرأت الجملة السابقة لأول مرة لم أفهم شيئاً! إنه العلاج بالشيء وضده وفيه تحفيزٌ للجسم بنفس العلة التي فيه وكله مُستمدٌ من الماء!

نعم إن هانمان واضع أسس الهوميوباثي قبل 250 عاماً اكتشف أنه كلما قلة نسبة المسبب كلما ازدادت نسب الشفاء، ولذلك فغالبية الأدوية يكون الماء مُكوّناً لها بنسبة 99%. حسناً ما هو سر النتائج الإيجابية إذاً؟ الجواب يكمن في طريقة العلاج، حيث يقوم المعالج بالجلوس مع المريض ليسأله أسئلةً كثيرة عن كل شيء في حياته، ليعرف ردود أفعاله العاطفية والجسدية والعقلية تجاه إساءات الطبيعة، مثل الرياضة التي يمارسها، وأنواع الأَكل الذي يُفضّل وما لا يفضل، وحالته النفسية، وتأثره بدرجات الحرارة، وطِباعه الاجتماعية في المنزل، وعمله، وطبيعته، والشكاوى الجسمانية المتكررة، ومخاوفه، ونومه ومواعيد استيقاظه. إنه يسأل عن كل شيء في تركيبته الإنسانية والجسمانية وبذلك تكون عنده صورةٌ متكاملةٌ عن مستوى الطاقة الحيوية لديه، ثم إعطاؤه الدواء الذي يماثل طاقته الحيوية بالضبط. وكلما كان المستحضر يماثله تماماً كلما كانت استجابة المريض أقوى والشفاء أسرع. باختصارٍ فإن العلاج يبدأ وينتهي بل ويتمحور بجلوس المريض مع الطبيب.

هذا ما خلصت إليه وزارة الصِّحَّة في بريطانيا عندما أنشأت مستشفى للهوميوباثي بأموال دافعي الضرائب. إن الانتقادات حينها أن مثل هذه الأموال يمكن أن تحدث عائداً ملموساً أكبر إذا صرفت على الأبحاث العلمية. الحق يقال أن نسبة مرتادي المستشفى من المرضى أقنعت الحكومة بضرورة توسيعها بدل إغلاقها. وهنا قام فريقٌ إحصائي بالعمل على أرقام العلاج والشفاء ونسب التحسن والرضى عن العلاج ليثبت أن المرضى لا يُشفَوْن بصورةٍ نهائيةٍ ولكنهم يشعرون بالكثير من التحسن المرتبط بالزيارات. وهنا بالتأكيد يكمن بيت العلة بأن تعالج المريض لا المرض. من هنا نشأت ترجمة الهوميوباثي إلى العربية بأنه العلاج بالطاقة المثيلة أو التجانسية أو ما أُفضله شخصياً "العلاج الإيحائي".

لن يُجدي الحديث طويلا عن الإبر الصينية فمعظمنا قد سمع بها. ما تفعله تلك الوخزات ذات المواضع المحددة هو تحسين الوظائف العصبية عن طريق التحكم في إشارات ومسارات الأعصاب في الجلد عن طريق الوخز. إلى اليوم فشلت الإبر الصينية في إثبات نجاعتها في العلاج ولكنها تبقى أحد أهم الوسائل لتحسين الوظائف مؤقتاً ولتخفيف الآلام. ويماثلها العلاج بالطبيعة أو بالطاقة ويشمل

الريكي وهذا ما سنتحدث عنه. فلم يكن في خيال الكاهن البوذي يوسي في 1922 أنه ستقام مدارس ومراكز تتمحور حول استخدام الكف في تسخير طاقه الكون إلى علاج. ممارسوا الريكي يُقرّون بخللٍ في توازن الطاقة داخل أجسامنا وما كفُّ الممارس إلا وسيلة لإعادة التوازن الكوني والتداوي الذاتي إلى أجسادنا. وعلى الرغم من أنني التقيت بالعديد من ممارسي الريكي، بل وبالمتداوين به، إلا أنني لم أشعر أن به شيئاً يمكن إثباته علميّاً أو مخبريا. نفس النتيجة خلص إليها مركز أبحاث السرطان ببريطانيا والجمعية الأمريكية للسرطان. رَدَّ عليهما ممارسوا الريكي بأنهم لم يَدَّعوا من الأساس استهدافهم لمرضٍ مُعيَّن، وبأنهم إن فشلوا في قتل خلية سرطانية فذلك لا يعني أن كل المتداوين مُدَّعون، وأنه لا توجد إنجازاتٌ وإلاّ فلن يسمى طبا بديلا في هذه الحالة.

هناك فرعٌ قديمٌ جديدٌ يمارس منذ الأزل وهو الكيروبراكتيك أو الميداداة أو الإرجاع الموضعي للفقرات. هنا يرجو من أقلقَ ليلَه ألمٌ مزمنٌ نابعٌ من الظهر أن تنفع عصا أو يد الممارس في إرجاع فقرات ظهره إلى سابق عهدها، فيخف الألم ويسكن السهد. دراساتنا أظهرت تمازج ممارسي هذا النوع من التداوي من كل أطياف المجتمع؛ ابتداءً بالنصابين، مروراً بالممرضين وقدماء البدو، إلى بعض أطباء العظام، وبذلك فالنتائج تتفاوت حسب الخبرة ومرحلة المرض.

ماذا إذاً لو جاء شخصٌ زاعماً توصله إلى علاج جديد لعلته؟ أو تنشيط الدورة الدموية بالمغناطيس؟ أو علاج الصرع بعد التخلص من كل الأرواح الشريرة؟ هناك خطٌ واحدٌ عريض وواضح بين النصب والشعوذة والطب عموماً (التقليدي والبديل). الفرق سهل البيان عند الأطباء، وسيسهل عليك التفريق لأن الطب البديل له أسسٌ وإن كان غير مثبتٍ علميا، بينما الشعوذة ضرب من الاحتيال.

هنا قد تسأل، ولِم المقدمة الطويلة والسابق ذكره معروف سلفا؟ الجواب يتلخص في تعداد الطرق والوسائل التي يمكنك بواسطتها علاج أكبر نسبةٍ من مواطنيك بما يناسب احتياجات البلد باختلاف فئاتهم العمرية ومتطلباتهم الصحية. كما أن الطب البديل بإمكانه أن يستوعب الكثير من الأمراض الغير عضوية والمزمنة على حدٍّ سواء. ولقد أثبت مركز التحكم بالمرض والوقاية الأمريكي أن 20% من مواطنيهم فوق الخمسة والخمسين من العمر يعانون من أعراضٍ نفسية مختلفة تتفاوت بين الإحباط إلى القلق أو الإحساس بالفشل أو حتى نقص الاهتمام العاطفي وتَدني الاهتمام بالحياة ذاتها. كل هذا قد يفرض نفسه على شكل أمراض عضويةٍ تأكل وقت الأطباء وميزانية الدولة على حدٍّ سواء. أنا هنا لا أتكلم عن إلهاء كبار السن وإضاعة وقتهم، بل أدعو للاهتمام بهذه الفئة المهمشة من مواطنينا بكل الوسائل المتاحة سواءٌ الطب الغربي أو البديل.

هنا نُحذِّر بأن كل ما قد لا ينفع منزوع الضرر. العديد من الأدوية الزاعمة بالقدرة على تخفيف الوزن وتقليل الشهية تضر أكثر مما تنفع.

وبما أن معاملنا المركزية لتحليل الأدوية - إن وُجدت - لا تَفحص المكملات الغذائية أو الفيتامينات أو الأدوية العشبية، فإن الكثير مما يملأ صيدلياتنا مُسمّم. قد تستغرب وتظن أنه لو حصلت حالات تسمم أو وفاة لعرفنا بها. الحقيقة أن العديد من الناس يموت ومن الصعب للغاية ربط الوفاة بدواءٍ مسمم، غالباً لأن السم قليل التركيز ويتراكم في الأنسجة مع الزمن كالمعادن الثقيلة. هنا سأذكر دراسة قامت على فحص أدوية طب الايرفيدك الهندية ذات الاستخراج العشبي في مدينة بوسطن الأمريكية. قامت الدراسة بفحص ما تحتويه البِقالات من أدوية تباع على الرف بدون وصفة للأمراض البسيطة كالزكام والكحة والمغص حتى الإمساك والصداع. تبين بعدها أن واحداً من كل خمسة أدوية يحتوي نسب عالية من المعادن الثقيلة كالرصاص، الزئبق والزرنيخ. هنا تحولت الدراسة إلى محاولة ربط بعض الأمراض الغير مفسرة لدى العرقية الآسيوية (المستهلك الأساسي لهذه المنتجات)، فاتضح وجود رابطٍ قوي بين حالات الصرع، التّلف الدّماغيّ وتأخر النمو. وخلصت الدراسة إلى وجود خللٍ تشريعي يسمح باستيرادها وتسويقها داخل الولايات المتحدة بغير الحصول على ترخيص لأنها مُصنَّفة تحت بند المكملات الغذائية أو العشبية المنشأ.

البحث العلمي

مِن المعروف في الطب بالضرورة قصوره حالياً عن علاج كل الأمراض المتواجدة، وبالتالي فالمجال مفتوحٌ للمزيد من الأبحاث والطرق العلاجية. هذا كله جيّدٌ ولكن لم نبحث نحن عن علاج الجديد ونحن مثقلون بكل الأوبئة القديمة؟ قديماً قال العرب "ما حك جلدك مثل ظفرك" وكل مشاكلك الصحية - قديمها وجديدها - لن يحلها أحدٌ لك. إن مجرد تسخير بعضٍ من ميزانية الوزارة اليوم للبحث العلمي سيوفر الكثير جدّاً في المستقبل القريب. ما دام عندك العامل البشري المبتكِر والجاد في البحث فأنت أولى بإيجاد حلولٍ لتحسين صحتك. هنا يجب أن أسترعي اهتمامك بأنه ما عادت الابتكارات الطبية ضربة حظٍّ من مُمارس يضحي بنفسه - كما فعل ايان فلمنج - بل أصبح البحث العملي عِبارةً عن رياضة جماعية تمتد لعقود يرعاها المال، ويُقوّمها العلم وتَحكمها بروتوكولات معقدة. إن حب العرب الشديد للعمل الفردي يضيع كل بصيصٍ للأمل في التوصل إلى علاج أو سبق صحي. تصور أن شركات تصنيع الدواء العملاقة كشركة جلاكسو سميث كلاين وشركة ليلي تنفقان 359 مليون دولار على مدى ثلاث سنوات لكل دواءٍ تطورانه، بينما تنفقان مليار دولار و12 سنة على كل دواء تكتشفانه. هنا تستغرب، ومن أين لنا بمثل هذه الأموال؟ أوقف السرقة وسيتوفر لك المال اللازم. ما يقلقني ليس ندرة المال بل عدد السنوات ومن الأفضل أن تبدأ الآن.

ربما يبدو لك أن الغرب يسبقنا بسنةٍ أو سنتين اثنتين ضوئيتين - وأنت بالطبع محق - لكنك ما زلت تستطيع البدء في السباق وبتكلفة أقل بقليل. السرّ يكمن في توفر العزيمة والخبرات الشخصية الموزّعة. لا يستلزم الأمر منك أكثر من أن تضع نظاماً يجمع الخبرات ببعضها في سبيل هدفٍ واحدٍ بسيط. إن إيجاد حل لمشكلةٍ مثل نقص التغذية في بلدك مثلاً، لَيُصنَّف كفرعٍ من البحث

العلمي، إن أنت وصلت لدعم طعام السكان بالطريقة المناسبة، كما قُضِي على تضخم الغدة الدرقية بالدقيق والملح وباقي الأطعمة المدعمة باليود. كما أن اعتماد بروتوكولٍ علاجٍ لسرطان يفتك بعَيّنةٍ كبيرة من مواطنيك هو بالتأكيد بحث علمي. وماذا لو نظمت فريقاً من الكيميائيين النجباء مع عدد من الأطباء لتطوير تحاليل مبكرة لمرضٍ مُعيَّن عندك معتمداً على الدلائل الكيميائية المعروفة حاليا؟ أليس هذا بالبحث العلمي؟ إنك حتَّى لو توصلت لبرتوكولٍ علاجي جديد لمرض معين فهذا يعتبر سبقا علميا.

هناك المئات من الأمثلة السهلة التطبيق والتي يحتاجها وطنك. وفي أثناء مراجعتي النهائية للنص قرأت عن الرابح بجائزة نوبل للطب سنة 2015، وإذا بها تُعطَى لمحاربي الطفيليات. نعم فاز عالمان: "كامبل" من إيرلندا و"أومورا" من اليابان بالجائزة مناصفةً لأن عقار "أفيرميكتين" الذي اكتشفاه، خفضت مشتقاتُه بشكلٍ درامي معدل مرض العمى النهري، وداء الخيطيات اللمفاوية، بينما "يويو تو" التي تعمل حالياً في الأكاديمية الصينية للطب التقليدي الصيني، قد اكتشفت عقار "آرتيمينسن" الذي قلل معدلات الوفاة لدى مرضى الملاريا بشكلٍ ملحوظ. عللت لجنة جائزة نوبل الاختيار بأن "التأثير العالمي لاكتشافاتهم والفوائد المترتبة عليها للبشرية هي فوق القياس". إذاً الحصول على نوبل لا يستلزم إلا العمل الدؤوب المخلص أيّاً كانت إمكاناتك.

كما أنني قرأت قبل فترةٍ وجيزةٍ بحثا علميّاً بسيطا عن خاصية الكُمُون الذاتي لدى مرضى وباء نقص المناعة البشرية المكتسب، والتي قد تمتد لمدة 12 عاما. عندنا لا يوجد سِجل للمرضى حتى نتعرف على من مات ومن بقي حيّاً بدون علاج! أستحيي صدقا أن أُحدِّثك عن أبحاثٍ صارت مطلب كل شركات الأدوية العالمية في ظرف ستة أشهر، تتلخص في تكوين أغشية بشرية - حسب الطلب - على رقائق لتحاكي الأعضاء المريضة، بدل القفز من خلايا بسيطةٍ إلى حيوانات إلى انسان. أصبح ممكنا نمذجة الأعضاء بخريطة جينية مخصوصة على رقائق لأغراض التجربة. أول نموذج نجح كان لتجلط دموي وتمت تجربة الجزئيات الفعالة عليه بنجاح.

عندما تكون كل الاختيارات متاحةً فالأفضل أن تبدأ بما يحتاجه وطنك؛ فمن الأوطان ما يفتك بها أمراض معدية وطفيليات، ومنها من ينخر الجوع وسوء التغذية أطفالها، ومنهم من تَهُبّ عليه كل موسم صيفٍ أو شتاء ميكروبات تتناوب على إضعاف شبابه وإهلاك شيوخه، وإن ضاق بك الحال وصرت لا تحسن أيّاً ممّا سبق فلتبحث في المتوارث من الطب الشعبي عندك وذلك أضعف الإيمان. نعرف أن العسل فيه شفاء وأن السواك مفيدٌ وأن الأعشاب ذات خواص فريدة، ولكنك لا تعرف كم بالضبط ينبغي إعطاؤه لأي مرض، ولأي فترة من الزمن ليعالج ماذا! إبحث عن طعام بلدك الصحي والضار. إبحث في نباتات موطنك البرية. اِبحث في أنهار وصحاري وبحار عالمك العربي عن مواد خام لتثبت أو تنفي مزاعم شعبية. إننا حتى لا نعرف القيم الغذائية وعدد السعرات في وجباتنا المحلية وطعامنا اليومي. الباب مفتوحٌ على مصراعيه لاكتشاف كل جديد.

المختبرات

أريد أن أُعرّفك بالدكتور فيلوماني، هندي الجنسية الحاصل على دكتوراه التحاليل في الغدة الدرقية. هذا الرجل قام بعمل لم تستطع دول حتى متقدمة أن تحرزه بمثل هذا الانتشار. يؤمن فيلوماني بأن العالم قد أصبح قريةً صغيرةً بالفعل فقام بعمل اتفاقية نقل حول العالم لإيصال أي عينة دم لأي تحليلٍ مخبري معروف للبشر من 2000 مركز لجمع العينات حول العالم إلى معمله في غضون 12 ساعة. يُجري معمله في مومباي حوالي مائة ألف تحليل على ثلاثين ألف عينة يوميا بدقة ضمنت له اعتراف كل هيئات المختبرات في العالم الغربي. يرسل المعمل النتائج إلى البريد الإلكتروني لكل عينةٍ في غضون 12 ساعة أخرى من استلام العينة بعد إجراء ما يقرب من 75 فحصاً عليها بعشرة في المائة من التكلفة الفردية لكل منها. يقول فيلوماني إنه يحلم بفحص خمسين بالمائة من نصف سكان العالم بنصف التكلفة ويفخر بأنه ابن مزارع. كم من الصعب أن تنجز في بلدك ما استطاع ابن المزارع الطموح فعله؟

قبل أن تجيب أرجوك أن تأخذ جولة في معامل وحداتك الصحية بل وحتى مستشفياتك المتخصصة لترى ما يمكن للكثير من النظام انجازه. السر يكمن في تنظيم العمل ومَكْنَنَته بحيث يتضاءل احتمال الخطأ إلى ثلاثة أخطاءٍ لكل مليون عملية، ويسمى بـ "ستة سيجما". هذا النظام اخترعته موتورولا وتسير عليه شركاتٌ كتويوتا وبوينج وغيرهما كثير. وإذا كنت ترى أن هذا مستحيل فالهند تثبت لك أن نظام إيصال الوجبات من بيوت العمال إلى مقر أعمالهم يتم كل يوم في فترة الغذاء عبر صناديق الطعام بنفس معدل الخطأ. هذا يعنى أن ثلاثة أشخاصٍ فقط قد يحصلون على طعام لم يطبخ بمنازلهم من ضمن مليون وجبةٍ يتم توصيلها. ولكن رابطة نظام التوصيل هذا (دبه ولا) - الحاصلة على جائزة إيزو - تقول أن خطأً واحدا يحصل كل ستة ملايين توصيلة! كم من مختبراتنا تملك أيّا من هذا؟

حان الآن الوقت لتضع كل هذا في مخيلتك وأنت تعمل لنظامٍ مِخبري متكاملٍ لدولتك يجري على مستويات عدة. تحاليل الدم الكاملة ونسبة الهيموجلوبين وفحوصات الدم والبراز يمكنها أن تُنجَز في عدة مختبراتٍ موزعة على محافظات بلدك، بينما كل التحاليل المعقدة ومن بينها الهرمونات والاستزراع يمكنها أن تتم في مختبرٍ أو أثنين مركزيين. بهذه الطريقة يمكنك التحكم في الجودة، استخدام التقنية في الفحص والفرز وإرسال النتائج ومن تم تخفيض التكلفة. فيلوماني استطاع إلغاء 90% من التكاليف رغم أنه يستخدم الشحن الجوي السريع وأحدث المكائن التكنولوجية و لوازم اختبارات مُصنَّعة بالدول المتقدمة ومعتمدة بل واستطاع التربح أيضاً. فهل ما زلت تشك في نجاعة النظام؟

الْفَصْلُ السَّادِسُ:

الْاِسْتِمْرارِيَّة

كُلّ الأنظمة الصحية الناجحة تحتاج إلى دعمٍ متواصلٍ من الدواء والقوانين، بل وتحسينٍ مُستمرّ من الإنسان العامل ليستمر النظام في خدمة المجتمع ويتطور. في هذا الفصل سنناقش بعضاً مما يجب عمله حتى تمكن نظامك من النشوء وتُعطيه الاستمرارية. لكن لماذا ينجح العالم بالتطوير ونزداد نحن انحطاطا؟

سأضرب مثلاً لمستشفى حكومي فيه جزءٌ خاص، قام مديره بتكليف إدارة التطوير بوضع خطة لزيادة دخل المستشفى من أجل دفع تكاليف الصيانة، لكن المدير التطويري قام بتجاهل كل التالي:

- تحسين المداخل والمخارج وأماكن الوقوف حتى يزداد عدد الزوار ويسهل استيعاب المزيد مع توفير الوقت.

- تأجير المساحات الإعلانية الخارجية لشركات دواءٍ تَعرض عليها إعلاناتٍ توعويةً مصحوبة بصورة دوائها.

- تقديم دوراتٍ لموظفي الاستقبال والإدارة لتحسين خدمة المرضى وتقليل معاناة ذويهم.

- تحسين اللوحات الإرشادية في الممرات مما يجعل وصول كل زائرٍ ومريضٍ أسهل إلى مبتغاه.

- إدخال نظامٍ جديدٍ للمختبر وسجلات المرضى حتى تتم الجدولة وحساب التكاليف بكفاءة أكبر فتقل كمية الأدوية و الخدمات المهدرة.

- وضع شاشاتٍ إعلانية تعرض الخدمات الطبية الجديدة أو ما يتمتع به أطباء المستشفى من الكفاءة مع تجديد الكافتيريا الحالية وتأجير المساحات المهملة لشركات ضيافةٍ عالية الكفاءة.

- عمل استبيانٍ للأطباء يتم بعده تغيير أوقات عملهم بما يتناسب معهم، ويبقى المستشفى في خدمة المرضى طوال اليوم والليلة بفاعليةٍ أكبر.

- تحسين نظام تحصيل الرسوم من شركات التأمين، والبدء بنظامٍ تقسيطي يضمن حصول المريض على عمليته المُكلِّفة بتقسيط مُيسَّر وتوفير دخلٍ منتظم للمستشفى.

- البحث عن نواقص في التجهيزات الطبية بما يُحسِّن من سلسلة التشخيص وبالتالي فتح آفاقٍ جديدة للعلاج.

- إعادة تصميم الجزء المخصص للأطفال وغرف الانتظار بحيث يشتمل على غرفٍ معزولة تصلح للعب في جو آمن من دون إزعاج، لتُحبِّب الصغار والكبار في زيارة المستشفى.

- تحسين خدمات الزوار من مراحيض وغرف صلاةٍ ووسائل ضيافة ومصاعد حتى يشعروا بالراحة وتكرار الزيارة لو استلزم الأمر.

- التعاون مع مستشفياتٍ إقليمية أخرى لتحويل الحالات منها وإليها مع تبادل دوري للطاقم الطبي مما يسهم في زيادة فعالية العملية العلاجية.

- تعيين دماء جديدةٍ في بعض الأقسام التي تشتكي الملل والقصور مع وضع لائحةٍ تشجيعية للموظفين والأطباء، بل والمرضى المثاليين أو المتبرعين الدوريين بالدم أو بالوقت.

مديرنا العزيز ترك كل هذا والعديد العديد من الأفكار ونصحه بالتالي: رفع قيمة الكشف المبدئي والتحاليل مع تشغيل موسيقى هادئةٍ بالممرات!

منظومة التزويد

إذا حصل ودخلت مستشفى تخصصياً من قَبل فأول ما سيهولك هو كمية الدواء المستهلكة والعدد شبه اللانهائي من الآلات والأدوات ذات الاستخدام الواحد. إن منظومة العلاج تحتاج إلى إمدادٍ ضخم ومستمر من الدواء بكل أنواعه. تكامل الخدمات يتطلب تزويداً آمنا ومستمرا من الدواء الجيد والنوعي على حد سواء. هنا يجب أن نقسم احتياجاتنا إلى بضع أقسام: الدواء قليل التكلفة الأساسي، والدواء عالي التكلفة الضروري، والدواء منتهي الحقوق، وأخيراً الدواء الغير مكتشف. طبعاً أنت تعرف بأن قوانين الملكية الفكرية تضمن فترة عشر سنواتٍ من الاحتكار لكل جزيءٍ دوائي يتم تسجيله. هذا يعني أنه بتسجيل الدواء لا يمكنك تصنيعه - حتَّى لو كنت تعرف الكيفية - إلا بتصريحٍ من الشركة المنتجة ولمدة عشر سنوات. قد يبدو هذا سيئا لك وأنت في أول خطوات السلم التصنيعية، ولكنك لا تحتاج لكل جزيء مكتشفٍ البارحة إلا نادراً وسنتحدث عن هذا لاحقا. أنت تحتاج لكل ما تم اكتشافه سابقاً من علاجاتٍ للأمراض المزمنة كالسكر والضغط والصرع، بل وحتى المسكنات. أنت أيضاً تحتاج للمضادات الحيوية ومضادات السرطان ومثبطات الإيدز. كل هذا قد فَقَدَ حقوق الملكية وبإمكانك تصنيعه.

لنأخذ مثالاً من أكثر ثلاثة أدويةٍ موصوفةٍ في الولايات المتحدة الأمريكية، وبالتالي أكثرها مبيعا وربحية:

المركز الأول يحتله عقار ليفوثيروكسين المكمل لنقص هرمون الغدة الدرقية. حصل لغطٌ عند موافقة هيئة الغذاء والدواء الأمريكية عليه لأن الشركة حاولت بكل دهاءٍ تسجيل الحقوق للاسم التجاري بنفس اسم الجزيء وبالتالي احتكاره للأبد. خلص هذا الجدال إلى تغيير الاسم التجاري وبذلك انتهت حقوقه الملكية عام 2014. المستفاد هنا أن العالم الأول يعمل لمصلحته أوّلاً، ولكن بإمكانك الاستفادة مما أنجزوه والبناء عليه أيضاً.

المركز الثاني يخص الدواء المضاد لانفصام الشخصية "اريبيبرازول" والعديد من الأمراض النفسية نتيجةً لتقويته للدوبامين. هذا الدواء

انتهت حقوق ملكيته في 2014 أيضاً.

المركز الثالث يذهب إلى مُخفِّض الدهون والكولسترول في الدم روسوفاستاتين أو كريستور وتنتهي حقوقه في عام 2016 ولكن لا يجب أن تنتظر ففاعليته تقارب تلك لمن سبقه من نفس المجموعة اتورفاستاتين (ليبيتور) الذي انتهت حقوقه في 2011 أو سيمفاستاتين (زوكور) في 2006.

طبعاً قد يأتي شخصٌ ليجادل في تفوق الأدوية الجديدة ويدعي بانتهاء مفعول ما هو قديم، ولذلك سأضرب مثلاً بمثبط مضخة البروتون ايزوميبرازول (نيكسيم) وهو الرابع في قائمه الأدوية الأكثر وصفاً. الكثير منا لا يعرف أن نيكسيم هو نفسه اوميبرازول - منتهي الحقوق في عام 2001- ولكنه مُصاوِغٌ مِرْآتِيّ له، أي نفس الجزيء مقلوب التشكيل مما يجعل الشركة تزعم أنه ذو فعاليةٍ أكثر وطبعاً بحقوق ملكيةٍ أطول امتدادا.

عندما تعتزم تصنيع دواءٍ فأنت تحتاج لُمصنّع ينتج الجزيء أوّلاً، وآخر لتحويله أو تعبئته لدواء يوصف على شكل حبوب وكبسولات وقوارير صغيرةٍ للحقن. هنا اِختصَر بعض رجال الأعمال الطريق فقاموا باستيراد الجزيء الخام وتحويله محليا، وهذا يلخص حال جميع مصانع الأدوية في بلادنا حالياً. يباع الجزيء في أكياس بالكيلوغرام، ويحتاج إلى خبرة في المزج والتهيئة ليصبح دوائيا ذا فاعلية. ولسوف يؤلمك إن عرفت أن أكبر شركةٍ لتصنيع الدواء الفاقد للحقوق (تيفا أو الطبيعة باللغة العبرية) تقع في فلسطين المحتلة. ولسوف يؤلمك أكثر إن عرفت أن النصف تقريباً من أدويتنا المصنعة - بل قل المعبئة محليا - فاقدة للفعالية. ذلك لأن رجال الأعمال لا يستطيعون رفع سعر الدواء لينافس المستورد فعمدوا إلى إنقاص نسبة المادة الفعالة في دوائنا. هذا السبب - وإن كان كارثياً في عدم علاج الداء بنجاعة - ساهم في تكوين حصانةٍ بيولوجية ضد المادة الفعالة فما عادت المضادات الحيوية قادرة على قتلها، وبذلك أصبح كل ما في جعبتنا من المضادات عديم الفعالية، ونحتاج لاكتشاف الجديد كل يوم. لهذا السبب أيضاً فَقدَ المستهلك الثقة في الدواء البديل واسأل أي صيدلي ليسرد لك وقائع يوميةً من محاولة إقناع المشتري بالدواء البديل.

حان الوقت لتُقسِّم احتياجات دولتك من الدواء وترسم خريطةً لكل المعامل ومصانع الدواء العامة والخاصة، بل وما تمتلكه دول الجوار في وطنك العربي. الجملة السابقة قد تأخذ سنواتٍ لتكتمل ويجب عليك تكليف فريق للقيام بالمهمة من الآن. ربما تستغرب أن جهداً موازياً يتم في منظمة الصحة العالمية ويسمى بـ "قوائم الأدوية الأساسية لحفظ الحياة"، وتعني ما يجب توفره أساساً في أقل خدمة طبية. تُنشر هذه القوائم منذ عام 1977 وتُجدَّد كل سنتين. مثل هذه الخريطة سترشدك إلى أنه لا داعي لتصنيع مسكنات من المستوى الضعيف وحتَّى المتوسط لوفرة مصانعها في العالم العربي بينما ينقصنا مسكناتٌ نوعية. نفس الشيء يمكن تطبيقه على

المضادات الحيوية والسرطان ونقص المناعة. تعداد الدواء اللازم يمضي يداً بيد مع خطتك العلاجية، فمثلاً لا يمكنك توفير عشرة أنواع من المسكنات في المراكز الصحية ومثلها من المضادات. كل ما يلزمك هو اثنين من المسكنات على مستويين وليكونا مثلاً الباراسيتمول وحمض الميفينيميك وكلاهما برخص التراب الآن ومن أكثر الأدوية أماناً وفعالية. المستوى الثالث سيتوفر في المراكز المتخصصة والرابع يوصف بواسطة الاستشاري فقط. الفيتامينات بكل أنواعها شديدة الرخص وتصنع في معامل بسيطةٍ بكل الأشكال والخلطات سواء مع المعادن كالحديد والزنك والسيلينيوم أو بدونها.

تكاتُفك مع رجال الأعمال ضروري حتَّى نجدف جميعاً بنفس الاتجاه والوتيرة. هم يجب أن يجنوا ربحاً، وأنت يجب أن تضمن النوعية والجودة وأخيراً منافسة باقي العالم في التوزيع والتوفير في بلدك. سيحاول ذووا الأعمال الغش كلما سنحت فرصة وهذه من طباع النفس البشرية، ولكنها قابلةٌ للترويض بمجرد أن تضمن حقوقهم. هنا نأتي على الطامة الكبرى وهي السعر. لا تستغرب فكل قرش زيادة تدفعه الدولة في عبوةِ دواءٍ تعني حرمان باقي الإدارات من ذاك القرش. لذلك يجب الحوار الجاد مع مُصنِّعي الأدوية الحاليين حيث يتم ضمان بقاء الأنواع الجيدة لكل شركةٍ، فليس من المنطقي أن ينتج كل مصنع في بلدك دواء شرب للأطفال بنفس الجزيء تحت أسماء مختلفةٍ لينافس بعضها بعضاً. نعم سيتم عقد صفقات لإنتاج دواء حصري لكل شركة لعدة سنوات وما دام قد تم على العلن بكل شفافيةٍ فلا مشكلة. هنا ستجد الشركات وأنت ملاذاً آمناً من وساوس الشيطان والتنافس الغير شريف بين رجال الأعمال لتضمن لهم سرعة تصريف دوائهم وانعدام المنافسة، بل وحتَّى تحويل خطوط الإنتاج إلى أدوية ذات احتياجٍ أعلى. السر يكمن في معادلة الربح والخسارة؛ فلكي يربح مصنّعٌ من دواء معين يجب أن يبيع شهرياً المليون وحدة مثلاً، وهذا من المستحيل في سوق مخترقة من الدواء المستورد الغير نظامي، بل والمغشوش أيضاً.

هذه نقطة ستعرض لك وهي صناعة غش الدواء. نعم غش الدواء صناعةٌ قائمةٌ بذاتها ذات أسس وقواعد. تتفاوت نسب المغشوش في أسواقنا من واحد إلى خمسين في المائة وهذا مرعب. تتقدم الصين ودول بأوروبا الشرقية صناعة غش الدواء فالتكلفة تذهب إلى تقليد العبوة الخارجية بينما لا يحتوي على أي مواد فعالة. بعض حالات الغش من الإتقان بحيث يستحيل اكتشافها إلاّ بتحليل الجزيء في معامل متخصصة. قال مديرٌ في شركة روش السويسرية مرة أنه وموظَّفوا الشركة خسروا رهانا يعتمد على تفريق دوائهم من الدواء المغشوش بمجرد النظر إلى العبوة ومحتوياتها حتَّى بوجود العلامة المائية ورقم التشغيل. الحل الأكثر نجاعةً هو منع استيراد أي دواء إلا من قِبل وكيله المعتمد من الشركة المصنعة مباشرة. هذا يرفع سعر المستورد ويساهم في تفضيل الدواء المحلي والأهم أنه يحافظ على صِحَّة المجتمع. هنا أنا لا أدعو إلى احتكار استيراد الدواء، فبالإمكان وجود أكثر من وكيلٍ لكل شركة دواء عالمية. حل الإشكال يكمن في عدالة الحوار وتوزيع الأدوار. يجب أن ينتهي استغلال وكيل للسوق أو مُصنِّع لجزيء، بل واحتكارك أنت شخصياً كوزيرٍ لصِحَّة المجتمع التي هي مِلكٌ للجميع. سيَسعد الكل إن توصل إلى سياسةِ تسعيرٍ عادلة تضمن الربح للمستورد، الاستمرارية لمُصنِّعي الدواء، وتوفر الدواء للمرضى. يجب أن ينتقل المال بين الأيدي ليأخذ دورته وتجري الحياة. هذا خطأ يرتكبه العديد من وزرائنا بتخفيض سعر

الدواء عنوةً فيعمد المصنعون إلى الغش في المحتويات الفعالة، بل ويمنعون الدواء كليا محدثين ضوائق صحية متتابعة تنتهي بمعاناة الشعب عامةً بينما سيادته يأتيه دواؤه في حقائب دبلوماسية.

التفاوض المذلُّ مع المستوردين وعمالقة إنتاج الدواء ليس مربحا أحياناً لعدة نقاط اكتشفها وزير صحة في بلد عربي شقيق:

- يستطيع المُصنّع إغلاق حسابه ببلدك نهائياً شاملا الأدوية المعقدة التصنيع أو تلك الفريدة؛ كأدوية تثبيط المناعة وعلاجات السرطان ومقاومة الأوبئة. البلد الوحيد الذي لا يقع تحت مثل هذا التهديد هي الولايات المتحدة الأمريكية لأن ثلث مبيعات الأدوية في العالم تتم بها.

- تخفيض السعر عندك قد يشجع جيرانك على المطالبة بالمثل أو تهريبه من عندك لهم. هذا سبب التغيير الطفيف في الاسم أو التغليف لنفس الدواء بين البلدان المجاورة حتى يتسنى للمندوب معرفة خط سير العبوة بمجرد النظر إليها.

- تستطيع الشركات العملاقة وَأْد تصنيعك المحلي من خلال التلاعب بالأسعار أو تخفيض سعر المستورد، قاتلةً منتجك أو مانعة إياك من الحصول على المادة الفعالة من شركاتٍ أخرى، نعم يستطيعون ذلك.

- مدراء الشركات العملاقة أصدقاء سَمرٍ في أغلب الأحيان عندما يكون الأمر متعلقا ببلد صغير أو هامشي المدخول كبلدك، ويمكن لبعضهم لَيّ ذراعك برفع سعر المنافس من الأدوية ليشعرك بالمرارة وأنت تشتري البديل. لذلك كله يعتبر تخفيض قرش أو قرشين بعد الكثير من التعنت مُضِرّاً أيضاً ويجب أن يُستخدم في الحالات القصوى فقط.

قبل أن ننتقل إلى جانبٍ آخر يجب أن أحذرك من الثقة العمياء في المُصنّعين أو المستوردين فيما يخص نوعية الدواء وتركيزه وتركيبه، بل وشروط تخزينه وانتهاء فاعليته. كل هذا يجب أن يتم التحقق منه دوريا وعشوائيا. معظم المختصين في مصانع الأدوية يعرفون أن شحناتٍ كاملةً منتهية الصلاحية تورد للمصنع من جديد ليتم تغيير تواريخها فقط ومن ثم تعود إلى السوق مرة أخرى. هنا يجب أن نتحدث عن تواريخ الانتهاء لأنك ستواجه الكثير من اللغط تجاهها. ما حصل هو صدور قانونٍ في الولايات المتحدة الأميركية عام 1979 يُلزِم مصنعي الدواء بطباعة تاريخ ضمانهم لفاعلية الدواء وليس انتهاء الفاعلية نفسها. هنا تقع المنطقة الرمادية حيث يحب المصنعون إبقاءها بنفس اللون. كلما قصر عمر الدواء كلما لزم أن ترميه وتشتري الجديد منه، ولكنك لا تعلم على وجه الثقة كم يفقد كل جزيءٍ من نسبة فعاليته تحت أي من ظروف التخزين مع كل سنة؟!

لذلك أجرى الجيش الأمريكي دراساتٍ عدة على مائة عقار كان مُخزّناً في ثكنات حتَّى بعد 15 سنة من انتهاء التاريخ المختوم عليها. السبب الدافع لذلك هو اضطرار الجيش لرمي كل ما بحوزته من الأدوية كل ثلاث سنواتٍ على الأكثر متكلفا المليارات. قد

تستغرب أن تسعين بالمائة منها ما زال يحتفظ بمائة في المائة من فاعليته وعشرةٌ في المائة فقط فقدت جزء من فاعليتها ولكنها لم تصبح سامّةً بأي شكل من الأشكال. إذا لماذا نلوم المصانع عندما تغير الغلاف فقط؟ السبب يكمن أنها لم تجر أي اختبارات على الدواء قبل وصفه بالصالح وبيعه على أنه دواءٌ جديدٌ مُصنَّعٌ للتو وهذا يُعتبر غشا وتدليسا.

ما خلص إليه الجيش الأمريكي أن العامل الأهم بالنسبة لانتهاء الدواء هو التخزين. فحتَّى لو خُزّن دواءٌ مصنوعٌ بالأمس في الشمس فسيفقد فعاليته اليوم، ولو فتحت علبة الأقراص اليوم في جوٍّ رطبٍ فستنتهي الفاعلية في الغد. ولتجربة ذلك خذ معجون أسنان صُنع لتوه وَضَعْه في الشمس يوماً لتجد كل مكوناته قد استحالت سوائل عديمة الفائدة. وهنا أسأل نفسي: أليس ما قام به الجيش يُصنَّف على أنه بحثٌ علمي؟ كم من الصعب قيام لجنة من الكيميائيين بتصنيف شامل وتقييم لفعالية الجزيئات العلاجية على مر السنين وتحت ظروف تخزينٍ مختلفة لتحل معاناتك أنت؟ بسبب هذا كله فأنت تحتاج إلى مختبرات مركزية لتحليل الدواء والتثبت من فاعليته كما تحتاج إلى التقنية للتخلص من فساد العامل البشري. سئمت من كثرة قراءة أخبارٍ تتعلق بدواء فاسد يتم إتلافه خلسة أو حرق مخازنه، والسؤال الجوهري هنا: لماذا تُرك مُخزَّناً بدون استخدامٍ حتى فسد؟

التطعيمات

تُشكِّل صناعة الدواء الحلقة الأهم في منظومة العلاج ولكن الوقاية إن أمكنت تأتي مقدَّمة عليه. تحتاج إذاً لمعمل لقاحات وتطعيمات تُشرِف عليه وزارتك، لأن الأمن العلاجي مسؤوليتك. إن كان من سبقك قد أنشأ واحداً فعليك الإمساك بمفاصله وتطوير قدراته بما يضمن استجابةً سريعةً ضد الأوبئة، و جودة نوعية قد تساعدك على تصدير ما يفيض عن حاجتك، وبالتالي فتح الباب للاستفادة المادية مما لديك. إن لم يكن عندك معملُ تطعيماتٍ فيجب عليك البدء بإنشاء واحد على الأقل. البنية التحتية والموقع، بل والأجهزة هُم في غاية الأهمية، ولكن العبء الأكبر يكون عادةً على العامل البشري. ينبغي أن تختار الطاقم العامل بكل عناية بعيداً عن المحسوبية وأنظمة تشغيل العمال، فمثل هذا الصرح يجب أن يهدف لخدمة الدولة لا أن يكون ملجأ للعاطلين ولا مخرجاً لأزمة البطالة بالدولة.

أذكر أني جلست مرَّةً مع مدير لمستشفى إقليمي كبير (حكومي التمويل) فكر بإنشاء مركز أبحاث جيني من ذلك النوع المنتج حقّاً لا المبني لغرض الفرقعة الإعلامية. زار ذلك المسؤول عدة مراكزِ بحثٍ جينية بالولايات المتحدة دارسا التكلفة الكلية والجزئية بل ورواتب الموظفين والمواد الخام، وعندما سألته عن مدى تقبلهم لأسئلته أجاب بأنهم كانوا في غاية التعاون وسمحوا له بالتجوال بحريةٍ، بل وعرضوا تعريفه بمُصنِّعي الأجهزة وبروتوكولات البحث. إذاً الأبحاث الجينية ليست أسرارا حربية!

الخلاصة من تلك الزيارة هي مدى رخص التكلفة. فالمعمل يتكلف ستة ملايين دولارا لإنشائه، ومليوناً كل شهر كرواتب وتكاليف تشغيلية. المشكلة كمنت في قِصر العمالة في بلده وضعف التدريب، بل واختلاف المستويات جذريا بين العلماء لدرجة استحال معها العمل الجماعي. رجع مسؤولنا إلى الولايات المتحدة شاكياً قلة حيلته واستغرب أن عرض عليه طاقم كامل للعمل ولكن على تراب الولايات نفسها لأنه من غير المقبول المخاطرة بسلامة هؤلاء خارج وطنهم. عندئذ قام بالبحث في الولايات المتحدة عن علماء عرب يرتضون المغادرة ليفاجأ بِالْكَمّ الهائل من الذين عندهم استعدادٌ للمشاركة بمشاريع نهضوية كهذه. النهاية غير سعيدة كالعادة؛ حيث لم يوافق المستشفى في نهاية المطاف لأن مثل هذا الجمع من العلماء العرب سيثير الكثير من المشاكل التنظيمية في مستويات الدولة المختلفة ومخالفته لمعظم قوانين العمل عندهم.

يمكن أيضاً لمعمل التطعيمات التوسع من إنتاج لقاحاتٍ مؤتلفة إلى أدوية مؤتلفة. تقنية تصنيع البكتريا لجزيئات فعالة تقنية حديثة نسبياً، فلقد تم اكتشافها في سبعينيات القرن الماضي. تتلخص التقنية في تغيير حمض البكتيريا النووي لتصنع ما نريد بدلاً عن مكونات كانت تنتجها. كان الأنسولين أول منتَجٍ ينجح الإنسان في تصنيعه مستعملا البكتيريا وكان يستخلص من بنكرياس الأبقار قبل ذلك. الجديد أن المعامل استطاعت تكوين بروتيناتٍ تُشكِّل أجزاء من الفيروسات تُستَعمل كتطعيم وجزيئات فعالة لها استخدامات علاجية. حان الآن لتبدأ بإنشاء منظومةٍ متطورة كهذه، وكما أسلفنا فالمشكلة الكبرى تكمن في الأدمغة المبتكِرة لا المباني والأجهزة.

قبل أن نختم فربما أفاد التذكير بحاجتنا إلى أمصالٍ ومضادات السموم للزواحف والثعابين والعناكب والعقارب بل حتى عضات الكلاب. طبعاً لا أحد يهتم بمن يتم قرصه أو عضه لأنهم في الغالب من سكان الأرياف والبوادي الذين لا يستطيعون الاتصال بشخص ما مُهِمٍّ ليصلح الوضع. الأطفال يكونون معظم الضحايا ويصبح التعرف على الأرقام الحقيقية معضلةً في حد ذاتها. تصور معاناة طفل تم لدغه من ثعبانٍ كان يشاطره المسكن ليموت بالليل في ظل عجز حقيقي ناتج عن عدم توفر مصل مضاد له بالوحدة الصحية، بل حتى في المستشفى الإقليمي المتخصص. في الولايات المتحدة تُكلف قارورةٌ واحدةٌ من اللقاح المضاد لسمية الزواحف 14 دولارا، وإن أُعطيت سريعا، تمنع أربعة عشر ألفاً تُنفَق على علاج مضاعفاتها. إنك حتى لو نظرت إلى الموضوع من جانب ربحي بحت، فأنت قد وجدت الاستثمار الأفضل. استراليا تشاركنا الاهتمام حيث يتم بها تربية الزواحف والحشرات، إضافةً إلى اصطيادها بشكل روتيني طلباً لتحسين الترياق والتكسب بتصديرها للعالم أجمع. عملية تخليق الغلوبولين المناعي لكل عضة وقرصة ولدغة ليست سرية أو ذات طبيعةٍ حربية، وبلدك تمتلك مقومات صناعتها بكل يسر. أشعر بالكثير من الأسى عندما أقرأ عن وفاة طفلة بعد أيام من التنقل بين المستشفيات بسبب فشلٍ في أخذ ترياق عضة عقرب أو حتى كلب أسهمت نفاياتنا الطبية في تغذيته. هل تعرف إذا كان الغلوبولين المناعي المضاد للكلب متوفراً عندك؟ ماذا عن ترياق أفعى تجوب صحاريك أو جنبات بلادك؟

العلاقة مع الأطر القانونية

في الحقيقة أنا أعرف مدى رغبتك في تغيير الوضع الحالي وأعرف أيضاً عدم وجود حدودٍ لطموحك، ولكنك عندما تبدأ في تغيير منظومة الفساد بوزارتك فأنت على طريق تصادمٍ مع العديد من القوانين. قوانين العمل وقوانين التمويل وقوانين الاستثمار بل وحتَّى قوانين الطوارئ والنكبات. كُلّ فرعٍ في الدولة سيلتزم بالقوانين التي تعجبه وسيحاول تقليم أظافرك وانتزاع أنيابك، كما أنني أخشى أن تضيع كل محاولاتك للإصلاح في محاربة الفساد خارج وزارتك. لكل هذه الأسباب أنصح أن تكون على علاقةٍ وثيقة وجيدة مع المُشرّعِ أيّاً كان توجهه في بلدك. لن يعدم الناس الخير وأعتقد أنك بطرحك لمشروعك بطريقة ملائمة ستتجنب الكثير من الصدام المضيع للجهد والوقت. لا أنصحك طبعاً بالنفاق، ولكنك بالحكمة تستطيع انتقاء معاركك وتفضيل العاجل منها على حسب الأولويات ونِسَب الفوز فيها. أن تكون براغماتياً هو شيءٌ ضروري في المسائل الغير متعلقة بالمبادئ.

عندما تصل إلى رسمِ مخططٍ لأولوياتك القانونية يجب عليك استهداف الأهم فالمهم؛ في المراحل الأولى سيكون الأهم إيجاد أرضيةٍ قانونيةٍ للإصلاح وتغيير النظام من الأساس بما يقتضيه من تسريح عَمالةٍ وتصاريح إنشاء وتشغيل. ربما كان من المفيد أيضاً استغلالك للمتواجد حالياً من القوانين الغير مطبقة وهذا كثير عندنا. المراحل المتقدمة من مشروعك ستتطلب دعماً قانونياً يسمح بإقامة هيكل للخدمات، للتحويل، للتصنيع، بل وحتَّى لزيادة الإنفاق والميزانية. تختلف المسالك القانونية في بلداننا بحسب نظام الحكم، فعندنا طيفٌ واسعٌ يبدأ بالحكم الملكي، فالبرلماني، فالجمهوري، تَدرُّجاً إلى العشوائية وأمراء الحرب. أنت هنا أدرى ببلدك مني، ولكنك لا بد عارفٌ بكيفية الخروج من المأزق. الجيد هنا هو أنه كلما زادت العشوائية كلما سهل التصرف وكلما زادت نسبة الالتزام بالقانون كلما سهل تطبيقها عندما تصدر.

مما يجب عليك القيام به فيما يخص تغيير القوانين الحالية في الشأن الصحي هو قانونية التبرع بالأعضاء ومنع الاتجار بها، ذلك أنه كلما سهل الحصول عليها كلما قَلَّ سعرها في السوق السوداء وقل الاتجار بها. يمكن للقانون أن يهدم نظاما متكاملا للتبرع بالأعضاء إن تدخل بسلبية، حتَّى ولو بجزئيةٍ صغيرة؛ كاستحالة استخراج العضو المراد التبرع به إلاّ بعد موافقة الورثة، وهذا مستحيل خلال الفترة الحرجة وقبل موت الأنسجة. كما أن المشروع بكامله سيفشل إذا لم تعط صلاحياتٌ للجراح بالزرع تحت حالات معينة، مما سيجبر الجراحين إلى الوقوف جانباً خشية العقاب. هناك أيضاً حالاتٌ عدة تستلزم تدخل المُشرّعِ منها الحروب والنكبات، مما يجعل التبرع بالدم مثلاً أمراً إجبارياً بحكم القانون. تصور لو أُلزم كل مواطن يتقدم لتجديد رخصة القيادة أو جواز السفر أو الهوية الوطنية مَرَّةً سنوية باستخراج شهادة تبرع بالدم مرة واحدة خلال العام المنصرم، أو شهادة مرضية تثبت عدم القدرة على التبرع؛ شيء كهذا سَيُتخِم بنوك الدم. كما أنَّ إكمال تطعيمات الأطفال إن أصبح ضرورياً لدخول المدرسة بل والجامعات (مطبق في بريطانيا حاليا) سيُلْزِم

الناس بجداول التطعيم. القوانين أيضاً ستشد عضدك في جولات التفتيش على المنشآت الصحية والمطاعم ومصانع الغذاء.

تحالفات الحكومة

أعرف أنك وزيرٌ للصِحَّة ولكنك كعازفٍ لآلةٍ موسيقيةٍ واحدة؛ يمكنك أن تبدع فيها حتَّى تطرب أنغامك العديد ولكنك لا تصنع سيمفونيةً بآلةٍ واحدة. يجب هنا أن تعزف مع الباقين (على اختلاف مستويات احترافيتهم) لتحدث فرقا. ومما ستكتشفه لاحقاً أن الوزراء الآخرين ربما يكونون أكبر أعداءٍ لنجاحك، وخاصّةً إذا بدأت بعزف لحن متفائل يهدف إلى كشف تكاسلهم أو جهلهم. ربما وجب عليك إشراكهم في نجاحك إذا بدأت تباشير النجاح. أريدك أيضاً أن تدرك معوقاتك الناتجة عن قصور الحكومة ككل، فأنت مثلاً عاجزٌ عن إنشاء وتشغيل منظومة إسعافٍ فعّالٍ بالبلد إن لم يساعدك وزير التخطيط والبلديات في إصلاح قوانين المرور وتخصيص حارةٍ مروريةٍ للإسعاف، بل وتعبيد الطرق. أنت لا تجرؤ على استحداث إسعاف جوي حتَّى يسمح لك وزير الدفاع. كما أنك لا تستطيع بدون وزير الصناعة إنشاء مصانع دواء، وبدون مساعدة وزير الإعلام أنت وكل ما أنجزت نكرةٌ حتَّى تصل النتائج الإيجابية لكل بيت.

كما تحتاج إلى مساعدة مسؤولي البلديات ووكلاء الأحياء السكنية لتنظيم التعدادات السكانية والمرضية وأنماط الحياة، بل وتنفيذ حملات التطعيم والقضاء على الأوبئة التي تنشرها الفئران والحشرات. أنت تحتاج لكل يدٍ عاملةٍ ولكن الأمر أوّلاً وأخيراً بيدك؛ فهناك فرقٌ كبيرٌ أن يحبط هؤلاء تخطيطك وبين أن لا ترسم مخططا من البداية. لذلك يجب أن يكون هدفك القضاء على المرض والفساد الإداري داخل وزارتك لا الحرب الضروس المعلنة على كامل البلد. كما أنك لا تهدف إلى اغتيال أيٍّ من رفاقك معنوياً لتستولي على درجاتٍ أعلى من الحكم بشكل أو بآخر. وظيفتك إدارية وأهدافك إصلاحية بالدرجة الأولى. فما أسهل من أن تنحرف عن مبتغاك وتحمل السيف مبارزاً طواحين الهواء.

بالقليل من التنسيق يمكنك الوصول إلى نتائج جبارةٍ في مشاريعك الصحية، ولنأخذ حملة ضد سرطان الرئة والتدخين. قليلٌ من التنسيق بينك وبين وزارة الإعلام سيخفف مصاريف الحملة، بل وسيضمن تغلغلها داخل طبقات المجتمع، فلربما أنت لا تشاهد التلفاز أو قنواتك الحكومية المضجرة، ولكن الكثير من عامة الشعب تشاركهم تلك القنوات طعامهم ومعيشتهم. مختصوا التسويق قادرون على بيع فكرة التضحية بالتدخين للحفاظ على الأطفال من آثار التدخين السلبي. هم أيضاً قادرون على تغيير نظرة الشباب للتدخين من شيءٍ رائعٍ ومرتبط بالمغامرة إلى شيء مقزز وقديم. مع الكثير من الإصرار من جانب هؤلاء تتغير نظرة المجتمع من الإعجاب بالمدخن إلى

احتقاره والشعور بالشفقة عليه واعتباره كمريضٍ ينبغي مد يد المساعدة له.

كيف يمكنك محاربة آفةٍ كالإدمان إن كان السوق يعج بكل أصناف المخدرات؟ شَدّ همة وزير الدفاع، ورَبْط التهريب بتجارة السلاح سيقوي كل جهد تقوم به ويمنع ضحايا جدد من الانضمام إلى طوابير المدمنين. وزير الدفاع هذا يمتلك الكثير من الأدوات المفيدة لك؛ كطائرات الهيلوكوبتر؛ التي يمكنك استخدامها في إسعاف الحالات الحرجة بل وزَرْع الأعضاء لما يتميزون به من انضباطٍ والتزام بالأوامر. كما تمتلك وزارة الدفاع العديد من المستشفيات والأطباء الذين قد يحتاج باقي الشعب إلى خدماتهم الطبية المميزة بطريقةٍ تضمن مساعدتهم لك في أوقات السلم، وتضمن وقوفك إلى جانبهم في أوقات الحرب والنوائب. منظومة إمداد الأدوية صعبةٌ بالتأكيد ويمكنك حل الكثير من العقبات إن تطابقت مع تلك التي يملكها أطباء الجيش.

عندما تكون توعية النشء أفضل وسيلةٍ للوقاية؛ فوزير التعليم ينبغي أن يقف في صفك. الكثير من المفاهيم الخطأ تبدأ في اقتناص أطفالنا في المراحل الدراسية المتقدمة، محدثةً عجزاً دائماً في إمداد الشباب الصالح على مدى الأجيال. العناية الشخصية وتنظيم الوقت وصِحَّة الأسنان والتوعية البيئية والغذائية ومحاربة الإدمان والعنف الأسري كلها تبدأ هنا، من المدرسة، حيث لا عون لك ولا سلطان. وكما تقر القاعدة الغربية بأنه لا توجد وجبة غداءٍ مجانية، فإنه من المحتم أن تستميل باقي الوزراء لصالح مشاريعك سواء بإشراكهم معك أو حتَّى بِنَسْب الفضل إليهم. المهم أن يتم محو التخلف والجهل والمرض من بلدك وليس يهم من قام به. نكران الذات هنا ليس مهمّاً فقط بل هو محوريٌّ في بلداننا.

حماية الإنسان العامل

يدرك أيّ مسؤولٍ أن ذخره الحقيقي يكمن في القوى العاملة الماهرة وهذا يجب أن ينطبق عليك. إن الإنسان العامل في منظومتك الصحية قابلٍ للإصلاح إن أوليته العناية التي يستحق، وإلا كان عاملا معيقا لا مساعدا. هنا يجب أن نسأل أنفسنا، كيف يستطيع قسمٌ هامّ وحيوي كقسم الطوارئ العمل في ظل أخطار أقل ما توصف بها أنها كارثيةٌ على جميع الأصعدة. عندنا يموت أطباء الطوارئ إما كمداً من نقص الموارد اللازمة للعناية بمرضاهم، أو بمرض خطير مُعدٍ، أو حتَّى ضربا على يد أقارب من يرقدون على الأسرة. الممرضات يعانين الانتهاك اليومي لصحتهن النفسية، بل والجسدية، حتَّى أصبحت مهنة الممرضة من الشتائم. ضاعت صفات ملائكة الرحمة وظهرت نظراتٌ شهوانيةٌ باعتبارها امرأة تبيت خارج البيت طلباً للرزق. إن الاحتكاك الحاصل بين الأهالي الغاضبين نتيجة المستوى المتدني للعناية المقدمة تجعلهم يقدمون على مهاجمة الطاقم الطبي لأنهم لا يستطيعون الوصول إلى شخص الوزير. كل

هذه الأمثلة اليومية تصرخ طالبةً للاهتمام من معاليك.

في نفس الوقت يرتع الكثير من الدجالين والمشعوذين والمعالجين بالسحر والسموم في جنبات المجتمع غير مبالين بقوانين ممارسة المهنة أو حتَّى بما تصدره الدولة من قوانين. قديماً قال تاجر سلاحٍ في المكسيك ملخصا حالنا بأن "القانون يطبق على الملتزمين به فقط". مهمتك سيادة الوزير أن تُخضع الجميع لسلطة القوانين الصحية، وتحديد قواعد للعب تحمي بها المجتمع من الجهل والاحتيال، بل وحتَّى جشع الأطباء. أنت تحمي العاملين عندك مما يراد بهم وتمنعهم من أنفسهم أيضاً. ماذا يجب أن يحصل لمدير صيدليةٍ يبيع المخدرات؟ أو طبيبٍ اختص بالإجهاض؟ أو حتى بممرضةٍ تعالج الناس بالتمائم؟ منع الناس من طلب علاجٍ ضارٍّ هو من واجباتك أيضاً، ولكنك لن تفلح ما لم تُبيِّن للناس الطريق القويم للعلاج وتوفره لهم.

أذكر لك هنا معاناة الأطباء في الولايات المتحدة جراء الإصابة بوخز الإبر غير المقصود وإصابتهم بالعدوى من كل الأمراض الفتاكة. هنالك يتخلى عنهم نظامهم الصحي، بل ويسقط عنهم تأمينهم الصحي لأنها تقع تحت بند الإهمال. بعد ذلك يُطرَدون من وظائفهم ليتسولوا العلاج على نفقة الدولة بينما ينهش المرض أجسامهم. هنا قام مخترعٌ بصناعة حُقَنٍ بإبر ذاتية الإتلاف؛ حيث بعد ملء المحقنة ثم استخدامها، يتم الضغط عليها بمزيدٍ من القوة لتدخل الإبرة الحاقنة داخلها مانعة الوخز وإعادة الاستخدام . بعد صراع مرير تبنت بعض المستشفيات بشكلٍ فردي المحاقن الجديدة. مدة الصراع زادت عن خمس سنوات، وكل ذلك لأن تكلفة الواحدة الجديدة هي ضعفي القديمة، ولذلك فَضّل أصحاب المستشفيات التضحية بطبيبٍ وممرض كل فترة وتوفير المال لينفق على شيء آخر. من المضحكات المبكيات أنه في إحدى دولنا العربية يعطى الطبيب الحكومي الغارق في دم المرضى بشكل شبه يومي، تعويضاً شهرياً عن العدوى بمبلغ 3 دولاراتٍ أمريكية، بينما يحصل القاضي - القابع بغرف مكيفة بعيداً عن مصادر العدوى - على مبلغ 380 دولار شهرياً لنفس الغرض. هذا بالمناسبة أقل ما يؤرق أطبائنا وممرضينا. قد تستغرب أن يحتل العنف الجسدي المرتبة الأولى ضد الكادر الطبي.

ليس بإمكان أيٍّ منا إنكار أن العنف المجتمعي شديد الانتشار، وأول ما يتبادر إلى ذهن أحدنا عند انتهاك حقوقه هو اللجوء إلى قبضة اليد لانتزاعها. إن ظاهرة الاعتداء على الكوادر الطبية متعددة الأوجه والأسباب؛ وأولها أنها جزءٌ من العنف المجتمعي. وهنا أسأل: هل التوعية بأنماط العنف هذا تقع على عاتقك؟ نعم، أنت مسؤولٌ عن توعية المجتمع صحيّاً بأن تعنيف الضعيف - سواء كان بالحجم أو بالسن أو بالجنس - ضُعْفٌ في حد ذاته. إن لم تستطع أخذ حق المجتمع عامة من مغتصبي الحقوق، فأقلها أن تحمي من تقوم على رعايتهم.

هنا تأتي الدراسات لتثبت أن العنف داخل المؤسسات العلاجية غالباً ما ينشئه العاملون فيها. الأسباب تتنوع بدءاً من العلاج غير

الملائم، الآثار الجانبية للأدوية، سوء التواصل بين الأطباء والمرضى، التأخير المتعمد في العناية، والتباطؤ في الاهتمام بالمريض، بل وتهميش شكواه ونهره. كل هذا قابلٌ للعلاج سواء بالتوعية أو بالتدريب وصولا إلى الرقابة الصارمة. هنا يجب أن نُذكِّرك بأن الكادر الطبي لم يتلق أيَّ تأهيلٍ نفسي للتعامل بل واحترام مشاعر الآخرين. كم من الأطباء رأيتهم يتهاونون عن القيام بالواجب والهرب أحياناً طمعاً في راحةٍ أو حديث مشوق مع الجنس الآخر، بالإضافة إلى الشعور بالفوقية الذي ينتاب معظم الأطباء. هنا بالتحديد تبرز أهمية تعزيز مهارات الاتصال الإنساني لجميع المشاركين في تقديم الرعاية الطبية.

هذا لا يستوجب التغاضي عن سوء الظن المسبق في مستوى الرعاية المنتظر وتقديم فقدان الثقة على حسن النية، فهناك العديد من التقارير الإعلامية المشوهة والحكايات الشعبية المنتشرة التي تصنع نمطاً من الطبيب المهمل والممرض المتهاون. في الوقت نفسه، نقْص القوانين وعجْز نظام تعويض المرضى - بغضّ النظر عن مرتكب الخطأ العلاجي والتلفيات الناجمة عن السلوك الشخصي للمرضى - أَسْهَمَ بنسبةٍ عاليةٍ في النزاعات المتصلة بالرعاية الصحية. في ذات الوقت يرد العاملون بأن متطلبات المرضى - بل ومرافقيهم - لا تأخذ بعين الاعتبار وطأة العمل وتحدياته، بل ويُتَّهَم البعض بالمبالغة في توصيف حالة ذويهم بالحرجة، أو النزيف بالكثيف، أو الرضوض بالكسور، أو الإعياء بالإغماء. كل هذا أيضاً يمكن تفاديه برفع وعي المواطن عموماً وتعريفه بالأولويات.

دعني أسرد لك موقفاً شديد التكرار في أحد دولنا العربية: شجارٌ في الشارع بين شابين من عشيرتين أفضى إلى كسر بساق أحدهما فَتَمَّ إسعافه بقسم الطوارئ، وبينما كان يتم تجبير ساقه دخلت مجموعةٌ من أهل الشاب الثاني - المعافى الذي ذهب إلى بيته باكيا مشتكياً - ليقوموا بضرب الشاب الأول حتى فارق الحياة والطاقم الطبي حتى جُرح العديد. بعدها بساعةٍ ونيف اقتحمت مجموعةٌ من ذوي القتيل قسم الطوارئ وقاموا بتكسير القسم وإتلاف محتوياته احتجاجاً على تقصير المستشفى في حماية ابنهم. تصور أن الجيد في القصة أن قسم الطوارئ كان خالياً من الكادر المجروح وإلا تعرضوا للاعتداء من جديد. كيف يمكن لنظامٍ صحي منفلت كهذا أن يُنجَز؟ وكيف تتوقع من كادر الطوارئ أن يعودوا لعملهم في مناخ كهذا؟

هذا كله في مكيال، ودعوة وزير صحةٍ عربي لعامة الشعب بالحدة في التعامل مع أطباء الطوارئ إن هم رفضوا استقبال مريضٍ بحجة عدم توفر الإمكانات، مكيال آخر. ما بدأ كضغطٍ على الحكومة لتوفير أقسام طوارئ مؤهلة بالأجهزة والكوادر، انتهى بنفض الوزير تُهَم التقصير عن وزارته والزعم بأن الأطباء كسالى، وطالب بالتصعيد معهم لإجبارهم على العمل. وزير صحةٍ يحض على العنف ضد من يُفترض به حمايتهم ابتداءً! ما مستوى تعليم وزير كهذا؟ وأي دواء يتعاطى يوميا؟

نفس الوزير أصدر قانوناً بإرسال الأطباء الخريجين الجدد إلى المناطق النائية لمدة سنتين وبدون عقد عمل، بدون تغطيةٍ صحية وبمنحة

لا تزيد عن 200 دولار أمريكي شهريا. إنه يهدف إلى سد العجز في المناطق النائية. الحق يقال أن أكثر من دولةٍ عربية تطبق نفس القانون لتغتال طموح الطبيب ونشر المرض في الأرياف بضربة حظٍّ واحدة. كيف يحمي قانونٌ كهذا مصالح من يعملون في القطاع الصحي؟! بل كيف تُسلَّم أرواح الأبرياء من الناس لمتدربين جدد؟! إن التفكير بعقليةٍ كهذه ينتج عقوداً من الجهل التراكمي بين أوساط المجتمع عامّةً ويصنع من الطبيب ذئبا جائعا غير مدرب، لا هدف له إلا المتاجرة بمعاناة الناس.

استكمالاً لحماية من يعملون عندك؛ أَمَر وزيرا صحةٍ آخرين، في توقيتين مختلفين، في بلدين مختلفين، بالتحقيق مع فُرُق طبية أتمت جراحاتٍ معقدة على ضوء هاتف نقال. ما حصل أن التيار الكهربائي انقطع عن المستشفى ككل، مما أدى إلى توقف الإنارة، لكن الأجهزة الحيوية تعمل على شواحن للطوارئ تمدها بالتيار لمدة خمس عشر إلى ثلاثين دقيقةٍ فيجب إتمام العمل بسرعة. في نهاية التحقيق عوقب الفريقان أساساً لأنهما قاما بنشر صور لانقطاع الكهرباء بالمستشفيات وهذا عيب!!!

قبل أن أختم هنا أُحبُّ أن أعرج على مَسألة التعويض المالي في حالات الأخطاء الطبية. كَوْني طبيباً لا يعني أن أَقهر من تمت في حقه إساءةٌ بالغةٌ أدت إلى تأخر التعافي، أو معاناة غير متعلقة بالمرض الأصلي، أو عاهة، أو حتى فقدان العضو أو الحياة. مثل هذا المريض وأُسْرَته يستحقان تعويضا يليق بمعاناتهما. ما لا نتفق عليه هنا هو الكم المبالغ فيه لدرجة إفقار الطبيب أو المستشفى. بعض المحاكم تعطي الحق في انتزاع مبالغ خيالية حتى من طبيبٍ حكومي لم تتوفر له كافة التجهيزات للقيام بعمله. من يجب أن يقف بجانبه ويحميه من مطاردي سيارات الاسعاف مثلا؟ ما لا يدركه وزراء الصحة أن الطبيب عليه اتخاذ قراراتٍ بعضها في غاية السوء نتيجة ظروف العمل السيئة أو التدريب المنعدم أو ضغط أهالي المريض. رفع يديك عن حمايتهم سيترك لك أطباء شبه مشلولين عندما يتعلق الأمر بقراراتٍ مصيرية، كَتَرْك مريضٍ يموت على قارعة الطريق بسبب الخوف من التقاضي لاحقاً، أو ترك المرض يستفحل لأن نتائج الشفاء متدنيةٌ أو لأن التجهيزات غير مثالية.

حصل هذا في تسعينيات القرن الماضي بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث تتابعت قضايا التعويض عن كل حالةٍ لولادة متعسرة بالأرياف، فأقبل الأطباء على التأمين ضد الأخطاء الطبية، والذي بات يشكل ربع مدخولهم، فما كان منهم إلا أن توقف أطباء النساء والتوليد عن توليد الحالات المتعسرة. لم تستطع الولايات التغلب على هذا المأزق إلا بنقل السيدات بالهيلوكوبتر للتوليد في المستشفى الإقليمي، فأصبح الأمر مكلّفاً وخطراً وخارجاً عن السيطرة. هنا تدخلت قوانين الولاية للحد من شروط المقاضاة ووضع حدٍّ أعلى للمبلغ التعويضي، لتخف حدة الأزمة ويعود أطباء التوليد لاستقبال المواليد. المشكلة عندنا تبدأ بعدم التعلم من أخطاء الغير والإصرار على ارتكاب كل الحماقات من الصفر.

الْفَصْلُ السَّابِع:

التِّقَنِيَّة

حتَّى الحرب العالمية الأولى كانت الحرب تعتمد على القوة البشرية الفردية كالعضلات والشراسة القتالية ثم الجماعية كالهجوم بمجموعاتٍ وفرق. في منتصف تلك الحرب، توقفت عجلة القتال، ووصل الأمر إلى قبوع جميع المتحاربين في الأخاديد لأن من سيُطل برأسه سيُقتل، هنا تحولت المعركة إلى حرب أدمغةٍ والتوصل إلى طرق مبتكرة للقتل. منذ ذلك الحين بدأ التفكير والاعتماد على التقنية بازديادٍ لحل جميع المشاكل البشرية ابتداءً بالحرب حتَّى الترفيه مرورا بالصِّحَّة. التقنية عندك ستمشي يدا بيد مع النظام، لأن لها ثلاثة فوائد أساسية: إلغاء الفساد المتأصل في العنصر البشري، مَكْنَنة العمل والمراقبة، وثالثاً سهولة الوصول إلى المعلومات، ودعائم لاتخاذ القرار.

البنية التحتية والتشغيل

تَعلَّم العرب أن العديد من المعوقات يمكن تمهيدها بالمال، كما تعلّم المفتشون والمسؤولون على حدٍّ سواء أنه كلما ازدادت المشكلة تعقيداً كلما زاد ثمن حلها. لقد أصبح الفساد كسلعةٍ وما ينبغي فعله هو المفاصلة من كِلَا الطرفين للوصول إلى تسوية وكأن الرشوة أمرٌ مباح. إن مشكلة فساد الضمائر عندنا لم يستطع القانون حلها، ليس بسبب تفشيها وحسب، بل لأنها ضرورةٌ معيشية في بعض بلداننا. هنا بدأنا ندور في حلقة مفرغة ولا فكاك منها إلاّ بالتقنية. فبعد اختراع آلات التصوير، اكتشف الناس بأنهم يبدون أكثر أدباً بحضور الكاميرا، ومن ثَم بدأ الإنسان التفكير في طُرُقٍ لتحسين سلوك أخيه الإنسان مستعملا هذا الاختراع. آخر ما قُدم من دراسات أثبت انخفاض نسبة العنف في الأحياء المحتوية على كاميراتٍ للمراقبة، كما تدنى التعذيب داخل أقسام الشرطة. بعض المحلات الكبرى أظهرت أن الكاميرات الزائفة في كل ركنٍ قلّل من نسبة السرقة عندهم. الكاميرا أضحت أداة فعالة للمراقبة، بل وللوقاية من الفساد. كَمّ الكاميرات المطلوب عندك هائلٌ، والكادر التقني المسؤول عن التركيب والمتابعة والصيانة هائل أيضاً، ولكن النتائج انتصارية. راقبتُ نتائج عددٍ من الكاميرات في المستشفيات التركية لأقسام الطوارئ والعناية بالخدج، لتنخفض نسب الاعتداء على العاملين وخطف الرضع في نفس الوقت.

تصوَّر أنك تأكل بمطعمٍ فاخر ووجدت شيئاً خبيثا بطعامك، وأصررت على مقابلة المدير أو اقتحام المطبخ غاضبا من سوء الخدمة، مسلحاً بكاميرا هاتفك لتسجل بواسطته كل الإهمال والتلوث. مَن القاضي الذي يستطيع أن يُكذّب التسجيل ويُصدّق المدير حتَّى لو حاولوا رشوته؟ تصوّر أن كل مراقبٍ صحي على مطعم أو مصنع أو مستشفى لا يضع تقريرا عما راقب إلاّ مدعوما بتسجيل لكل ما شاهد ووثق. كم من المفتشين سيقبضون رشاوي حتَّى لو أرادو؟ والآن تخيل أنك أتحت لكل العاملين بالقطاع الطبي فرصة محاربة الفساد في مؤسساتهم بمجرد تقديم تصويرٍ بكاميرا لبريدك الإلكتروني من مصدر مجهول، كم من المدراء سينام مِلء عينيه قبل أن يتأكد من خلو ما تحت رقابته مما يمكن أن يتم تصويره؟

هذا يجرنا إلى ضرورة تكامل وسائل الاتصال بك وبالمسؤولين عندك. الشعب عامّةً لا يريد إزعاج أحدٍ أو التربص به بل يريد خدمة مميزة ومريحة. وعليه فإن قام أحدهم بإحداث ضجةٍ فيجب أن نستعلم عما يريد. خلال عملي بالعديد من المستشفيات رأيت أن الناس يغلب عليهم الطيبة وحب الخير، وبذلك يصبح لك أعينٌ وآذانٌ في كل مكان. هنا تبرز مشكلة التواصل مع المشتكين، فصندوق الاقتراحات البائد غالباً ما يكون مفتاحُه مع مدير المنشأة، وبالتالي تجاهُله يصب في صميم مصلحته. يحل الإيميل هذه المشكلة جذريا، فهو يتقبل المعلومات ليل نهار بِغَضِّ النظر عن وقت عمل المنشأة، ويحفظ السرية التامة، كما أنه يتيح إرفاق ملفات كالصور والفيديو بكل سهولة. وطبعاً يمكن للقضاء استخدام محتويات الإيميل كأدلةٍ جنائية بعد ربطه مع شخص المُرسِل إن لزم الأمر.

هنا نأتي للفائدة الثانية وهي مكننة العمل والرقابة. إن منظومات التصنيع، الإمداد والتخزين المتطورة لبلدك يجب أن تقوم على أُسُسٍ تقنيةٍ عالية، لا ملفات إكسل يضعها العاملون جنبا إلى جنب مع ملفات فيديو لقطّة مضحكة أو مقلب فكاهي على أجهزة ويندوز في العمل. كل هذا الإهمال يؤدي إلى كوارث تُرجعنا كل سنةٍ قَرْناً إلى الوراء. كيف يمكننا مراقبة العمل والإنجاز إذا لم تكن هنالك دلائل على العمل أصلاً؟ في جل وزاراتنا الحكومية (ربما باستثناء الداخلية والجيش وما رحم ربي) يقوم هواة وموظفون غير أكْفاء على صيانة أجهزة كمبيوتر غير مركزية، ويتركز جل همهم على تثبيت أنظمة ويندوز وبرامج أوفس مسروقةٍ وخالية من أنواع الحماية سواء ضد السرقة أو الفيروسات. علمت بفاجعة حصلت في مستشفى تابعٍ للقوات المسلحة من استشاري تقني؛ حيث قام موظفٌ بسرقة البيانات الطبية لمجموعةٍ من الضباط، ولما تم التأكد من الواقعة طُرد (و لم يعاقب) وتم تعين طبيبٍ يبرع في أنظمة الحاسوب مكانه! إن المهزلة الأولى أن يستطيع شخصٌ سرقة معلومات حساسة - تشمل أسماء وعناوين ورُتب ضباط بعائلاتهم - حتَّى لو كان هو من أنشأ النظام، والمهزلة الأكبر أن يقوم طبيبٌ غير مختص بوظيفة الأول لأنه يعرف شيئاً أو اثنين عن البرامج. أين الشركات المتخصصة ونظم الحماية؟! بل وأين منظومات التخزين والاسترجاع وتحديد صلاحيات الدخول على الخوادم وما شابه!

هنا نصل إلى إدارةٍ في وزارتك تسمى دعم اتخاذ القرار، ويوجد مثلها على مستوى رئاسة الوزارات. هذه وظيفتها الحصول على معلوماتٍ عن كل شيء، حتَّى إذا ما احتجت إلى إصدار تعليمات أو إنفاذ مخططات أُتيحت لك الأرقام والبيانات. في حال تَوفَّر لك النظام التقني التحتي أصبحت مهمة هذه الإدارة في غاية السهولة، بل ستصبح الأرقام هي من يوحي لك بمواطن الخلل، وستدفع الإحصائيات بنفسها لتسهل عليك اتخاذ القرار. هنا قد تعترف بأهمية التقنية، ولكنك لست خبيراً بمثل هذه الأمور، فما العمل؟ إنشاء شبكة معلوماتٍ وربط أجهزة الوزارة والمستشفيات شيء، والتخطيط لواقع صحي شيء آخر. يمكن لشركات التقنية أن تربط شبكة بأخرى، وأن تنشئ مستودعاً للخادمات، ولكنها لا تستطيع أن تخطط لعالم افتراضي صحي يربط كل شيء بآخرٍ عندك. إن حلما بحجم ربط بيانات كل مواطنٍ وزائر صحيّاً برقم الهوية أو جواز السفر والاستغناء عن الوصفة الطبية، لهو جزء مما يسمى بـ "واقع تقني صحي". رَبْط أنماط الأنسجة بفصائل الدم لكل مواطن، وإحصاء ما استُهلك من الدواء، وما حُصِّل عليه من تطعيمات تُظهر لك بضغطة زرٍّ شيئاً غير موجود ولكنه من التطبيق بمكان.

ربما يجدر بي هنا سرد هذه القصة الواقعية التي تم رصد أحداثها أثناء كتابة هذا الكتاب؛ ففي أكبر دولةٍ عربية من حيث عدد السكان قام رئيس الوزراء باستعراض قدراته التفقدية باصطحاب وزير الصحة وزيارة صرْح من صروح دولته المختص بالقلب وجراحاته. تمت الزيارة المسبقة الترتيب على أكمل وجه كالعادة ولم تفسدها إلا قطةٌ أفلتت من طوق الحصار المفروض على المستشفى خلال الزيارة مدفوعةً بالعادة وربما بعض الجوع. تقافزت القطة أمام رئيس الوزراء، وتم التقاط حركاتها، فأبدا الرئيس انزعاجه وزمجر في بعض الأطباء ناعتاً إياهم بالإهمال والفشل، معبّرا عن تفاجئه بمثل هكذا تسيب. انتهت الواقعة رسمياً بمعاقبة البعض بدون إبداء الأسباب لأن أحدهم لم تكن له وظيفة منع القطط من الولوج إلى المستشفى، وتم إغلاق الواقعة رسمياً بعددٍ من عبارات الثناء على شدة سيادة الرئيس وحزمه بحرمان البعض من أرزاقهم لأيامٍ معدودة.

في نفس اليوم تبرع أطباء بلده بإنشاء هاشتاج (مُعَرِّف أو رمز) للبحث على وسائل التواصل الاجتماعية "عشان لو جه ميتفاجئش" بمعنى نحن نخبرك من الآن حتى لا تُفاجَأ لاحقاً إن قررت الزيارة. الحق يقال أن هذا أسعدني، فما ابتدأ بمزحةٍ من أحد الأطباء وسرعة تصرف، انتهى بتعاونٍ لا مثيل له لتوعية الناس بمدى انتشار الإهمال المتعمد، بل والمعروف أساساً للقائمين على الأمر ومدى استجابة الكادر الطبي ومساهمته باستخدام التقنية في فضح وتعرية المسؤولين. احتوى الهاشتاج على الكثير من الصور الواقعية المضحكة المبكية؛ ابتداء بكثافة انتشار بل واستيطان القطط والمواشي لمباني العيادات والمستشفيات حتى المصنفة من الطراز الأول، مروراً بالإهمال الشديد للنظافة والتلوث في كل أنحاء وزوايا الأماكن العلاجية، وصولاً إلى قصور مُخلّ بالأسس الطبية كاشتراك عدة مرضى الكِلي أثناء الغسيل الكلوي بجهازٍ واحد، وتلوث أَسِرَّةِ النوم بالقيح والدماء؛ الجديد منها والقديم المتخثر. إحدى الصور أثبتت تنقل الناس داخل أروقة المستشفى مستخدمين دراجةً نارية، وصورة أخرى تثبت تواجد ثعبان بالغ في دورة للمياه، وصورة لكرسي معالجة أسنان لا شيء فيه إلا هيكلٌ معدني ومصباح موصول بقبس بالجدار معلق قرابة عين المريض ليضيء فاه ويطفئ نور عينيه؛ يصعب عليّ تخيل حالة أو مدى تعقيم ما يُستخدم لخلع أو حشو الاسنان هنا!

أشد الصور تلك التي توحي بانعدام مفهوم الإنسانية لدى المسؤولين؛ معالجةٌ جماعية على الأرض في مستشفى يعاني بشدة من نقص للأسرة، لكن جدرانه مكسوةٌ برخام مطرز. أب يقف بجوار حائط حتى يحصل صغيره الراقد بين يديه على القليل من محلول وريدي مثبت بالحائط. مرضى بلباس ما بعد العمليات، ونساءٌ في مستشفيات الولادة يفترشون الأروقة ليدل على بذل الأطباء لكل مجهود بلا إمكانات وتقصيرٌ شديد ممن يجلسون على الكراسي التنفيذية. واحد من تلكم الصفحات اكتسبت مائتنان وخمسون ألف متابع في ثلاثة أيام، وما فتئ الناس يرسلون بالصور ومقاطع الفيديو حتى اشتكى القائمون عليها من كم الرسائل عندهم. هنا يجدر بنا أن نستثمر التقنية في فضح الإهمال والفساد الذي يطال الخدمة الطبية التي يرتادها جميع شرائح الشعب المسلح بالكاميرات.

لكي أكون مُنصفاً فيجب أن أخبرك بمنع وزير الصحة للتصوير بداخل المستشفيات وتهديد من يفعل ذلك بالإقالة. أما رئيس الوزراء فقد رد على الحملة الضروس: "أنا مبتفاجئش.. وعارف كل حاجة" مُعرباً عن سعادته بتدشين بعض الأطباء لهذه الصفحة على موقع التواصل الاجتماعي: "أنا ما بتفاجئش.. فنحن نعلم مستوى الخدمة الصحية جيداً، وقبل أن أقتحم أي مكان لتطويره يتم عقد العديد من الاجتماعات". هذا نرد عليه بمقتطف من ميمية ابن قيّم الجوزية:

وتَزْعم معْ هذا بأنكَ عارفٌ ... كذَبْتَ يقِينًا في الذي أنتَ تزعُمُ

وما أنتَ إلا جاهلٌ ثم ظالمٌ ... وأنكَ بين الجاهلِينَ مُقَدَّمُ

إذا كان هذا نصحُ عبدٍ لنفسِهِ ... فَمَنْ ذا الذي منه الهُدَى يُتَعَلَّمُ

وفي مثلِ هذا الحالِ قد قال مَن مَضَى ... وأحسنَ فيما قالَهُ المتَكلِّمُ

فإنْ كنْتَ لا تدرِي فتلكَ مُصيبةٌ ... وإنْ كنتَ تَدْرِي فالمصيبةُ أعْظَمُ

نظام التشغيل والأجهزة

هنا يبدأ التخطيط لحلمك؛ اللبنة الأولى هي إيجاد نظام تشغيلٍ منسوج من الخيال. يجب أن يكون مجانياً، على درجة عالية من الأمان ويمتلك أقسى درجات التحمل، وفوق كل هذا يكونُ غير قابلٍ للأعطال، مضاد بطبعه للفيروسات ويعمل على أقل الكمبيوترات قوة. تَعرَّف على نظام التشغيل "لينكس". كل ما ستحتاجه هو فريقٌ من المبرمجين لوضع كل مواصفاتك لبرمجة النظام من الصفر ليكون كما تبتغيه أنت ومتطلبات العمل. لينكس هو لغة الخادمات أصلاً، وتعمل به كل المفاعلات الذرية وحتى أنظمة الأسلحة والصواريخ، وصولاً إلى المحاكم والهيئات الحكومية في معظم دول العالم. بينما يقوم فريق بتطوير النظام يُعد فريق آخر متطلبات الكمبيوترات المتواجدة والمطلوب تصنيعها أو تجميعها أو استيرادها على حسب تقدم بلدك ووفرة السيولة النقدية. تكوين نظام ربطٍ مركزي كهذا يحتاج إلى وزير آخر يشاركك فيه، فما رأيك لو تقاسمته مع وزير الاتصالات؟ ولو لم يستطع لسببٍ أو لآخر، فيمكنك الاستعانة بِأَيٍّ من الدول المتقدمة لتزويدك بخبرتهم في هذا المجال.

اللبنة الثانية تتكون من تدريب العامل البشري للتعامل مع النظام الجديد، ولسوف يساعدك فريق التطوير على تهيئة متطلباتهم ضمن المخطط الرئيسي وتحسين طرق التعامل معه. هنا تختفي الألعاب من على سطح المكتب وتنتهي ظاهرة تصفح مواقع الفكاهة والتواصل لتحل مكانها احترافية الولوج إلى النظام، وتسجيل عدد ساعات الإنجاز، وأخيراً التحكم فيمن قرأ ونقل ونسخ أو قام بمحو شيءٍ من النظام. يمكنك الآن مراقبة العمل والإنجاز بفاعلية ونبذ العناصر المخربة و الكسولة من المنظومة. كما تستطيع قياس

مستويات الكفاءة في المستشفيات والمراكز، بل وتقييم الخدمات الصحية المقدمة. يستطيع كل مزوّدٍ ومراقب متابعة سير التخزين وحلول الإمداد بكل سهولةٍ ويسر. كما أنك ستكتشف المواطنين الصالحين الداعمين للتبرع بالدم والأعضاء ومساعدتهم على ذلك، وربما مكافأتهم بشكلٍ أو بآخر، بينما تعاقب الصيدليات الغير ملتزمة بالوصفات، أو تبيع بغير السعر المتفق عليه، أو حتَّى تغلقها لتخزينها دواءً منتهي الصلاحية. قد يبدو كل هذا لك كأنه غير ضروري الآن ولكنك ستكتشف نجاعة النظام مع أول كارثة صحية تلم بالبلد، وما أكثرها في بلادنا. أَعدك أن النظام سيحل مكان الهلع، وستستطيع توظيف العديد من مقدراتك بكل فاعليةٍ للتعامل مع الوضع، فأنت تعرف عدد الكوادر وتخصصاتهم وطرق الاتصال، بل وتعرف بالضبط ما تقدر على التصرف فيه من وسائل نقل وأدويةٍ وطواقم طبيةٍ متخصصة. ستستطيع معرفة عدد حالات البرد أو الولادة أو حتى المصابون بالتوحد، بل وكميات الدم وفصائلها بضغطة زر.

توجد أيضاً مهمةٌ أخرى يجب أن تُجرى - لكن ليس على سبيل العجل - وهي أرشفة كل مراسلات الوزارة ومناقصاتها نزولا إلى سندات الشراء والبيع. وستعرف قيمة تخزين كل هذا رقميا إذا تجولت في مكاتب الموظفين وحجرات التخزين، بل والممرات أحياناً لتجد أكوام الأوراق المتهالكة تسد الضوء وتحبس التراب لغرضٍ مجهول تماماً إلا أنه لا يجوز إتلافها، فتأخذ الطبيعة وعوامل التعرية على عاتقها مهمة التفتيت البطيء. إن تاريخ الوزارة بل سجلات كل شيء يجب أن تُحفظ أوّلاً، ثم تدرس لمعرفة كيف بدأ أيُّ شيء فيها وكيف انتهى، وإذا كان لا يوجد لديك الحافز الآن فلربما وُجد بعد حين.

نظام إدارة المستشفيات

يُعتبر وضع أسسٍ معيارية للخدمة الصحية من صميم عملك التخطيطي. نحن نعرف أن الأطباء منهم المتفوق والكادّ والكسول وصولا للمتاجر في أمراض العوام من الشعب، وهنا تنبع مشكلة التفاوت الواضح بين الممارسين والممرضين، بين وصف الأدوية والتحاليل لدرجة استحالة التنسيق فيما بينها. في السابق كان كل شيء يتعلق بالمريض يُسجَّل يدوياً في ملفه الذي يدور ممسكا بذيله. نبَعت مشاكلٌ عدّة أبرزها تجاهل الطبيب للتسجيل، التزوير للتخلص من خطأ طبي، ضياع الملف، وأخيراً كل مشاكل التخزين والاحتفاظ بِالُكَمّ الهائل من الورق. من المؤسف حقّاً أن بعض مستشفياتنا اليوم لا يوجد فيها حتى ملف ورقي، ويتم علاج المريض كلُّ زيارةٍ بظروفها عند طبيب مختلف، ليهدم كل ممارس ما أنجزه من قبله مهدرا الكثير من الوقت وصحة المريض.

لم يعد الأمر مُعقّداً تقنيا، فالكثير من الأطباء اضطروا للتخلص من الورق في عياداتهم الخاصة، مدفوعين بالتوفير ومكننة العمل

وخاصّةً إذا كان مُرتبطا بشركات التأمين. الخبر المفرح أنك لا تحتاج إلى البدء من أول السطر، فمن أهم مميزات التقنية أن "من يأتي أخيرا يستفيد كثيرا"، لأسباب عدةٍ تتعلق بالتعلم من الأخطاء السابقة مجاناً والتركيز على ما هو منتج فقط. هذا يعني أن فريقاً من الشباب المختص بالتقنية يستطيع في غضون أسبوعين تقديم تقريرٍ كاملٍ عن كل برامج إدارة المستشفيات وربطها بشبكة لتلائم بلدك. في الغرب توجد مئات الشركات المختصة لتفصيل برامج مخصصةٍ لنظامك الصحي، لكن أغلبها يحتاج إلى نظام قائم فيتم تطويره ولن يستطيع البدء من الصفر.

تتكون مثل هذه النظم من ثلاث أسس: ملاءمة البرنامج لنظامك الصحي، إنشاء شبكة ربطٍ مركزية، وتدريب الأطباء وتطويع النظام لمكننة العملية العلاجية. اسمح لي بإخبارك عن النظام المفتوح المصدر لإدارة المستشفيات "اوبن إي أم ار"؛ مفتوحٌ يعني أن برمجته مفتوحةٌ ومتاحة للتعديل كيفما شئت، ولقد تم إنتاجه بواسطة العديد من المبرمجين كخدمةٍ للعلم ولإثبات جدارة تفضي إلى التوظيف، وأحياناً لملء أوقات الفراغ. بإمكان هذا البرنامج التحور إلى أي صيغةٍ أو لغة تشاء، ويمتلك القدرة على التشفير، التخزين المركزي، التطوير التلقائي بناءً على ملاحظات المستخدمين. ومن خلال دوري المتواضع في تعريب معظم مصطلحاته اِتضح لي كيف أن ما ينقصنا هو الإرادة فقط.

ربط المستشفيات يتيح توحيد اللغة المستخدمة بين الأطباء ومصنعي الدواء، فما يوصف بأنه "التهاب" يمكن أن يفسر بطرقٍ شتى، وتوصف له أدويةٌ مختلفة تماماً، كما أن نعوتا مثل "تضخم" أو "تمزق" أو "تلف" أو حتى "تأثر" يوجد لها ألف تفسير. وضع لغةٍ مشتركةٍ يساهم أيضاً في اكتشاف الشياه الضالة من الأطباء، أو ذوي المعلومات القديمة، أو التوجهات التجارية كتسويق دواء شركة محددة. يمكن أيضاً ربط الأجهزة التشخيصية في المستشفى بملف المريض الإلكتروني حيث تُخزّن الصور ونتائج التحاليل أوّلاً بأول كي توضح للطبيب المعالج مدى الاستجابة للعلاج. إن بعض خصائصِ مثل هذه البرامج أنها تحذر الطبيب حال وصف دواءٍ يحتوي على عنصرٍ يتحسس منه المريض، أو تنبهه إلى إجراء اختبار تحسس في المقام الأول، أو يربط تضارب دواءين موصوفين. هل تعلم أن هذا البرنامج قد يساعد الطبيب على العلاج حيث أنه يعتمد على ما أُدخل فيه من معايير، فما عليك إلا إدخال التشخيص المبدئي ليقترح عليك التحاليل والفحوصات التي يمكنها مساعدتك، مع اقتراحِ أفضل تشخيصٍ ممكن بناءً على تركيبة بلدك وأمراضها المستوطنة وعمر المريض ووزنه. كما أنه قد يقترح عليك إبدال دواءٍ بآخر مع ذِكر توفر الجرعات في الصيدلية من عدمه واقتراح بديلٍ مناسبٍ مع وصف الجرعات المقترحة. يمكنك أيضاً تغيير المعطيات لتمنع خطأً طبيا منتشرا كوصف دواء معين في حالات معينة "طفح الامبسيلين" أو حتى نشر تنبيه بحالاتٍ مخصوصة أو أخطار حديثة ليعم النفع الجميع.

لكن الفائدة الكبرى المرجوة هو تكامل الخدمات الصحية لبلدك والحصول على إحصائياتٍ عن أي شيء في دقائق. تصور تقريراً يَصْدُر في نهاية اليوم ليعلم رئيس القسم من عمل بجدٍّ ذلك اليوم، وكم زجاجة وحبة دواء صُرفت، ومن انتهت معاناته مع المرض، ومن ما يزال يرزح تحت وطأته. تصور لو أمكن ربط دواءٍ مُعيَّنٍ بأعراض جانبية اشتكى منها غالبية من وُصف لهم، هذا سبق علمي

وسوف يجنبك الكثير من إهدار الصحة والمال.

زرع الأعضاء وتطابق الأنسجة

إذا كان هناك مؤشرٌ واحدٌ على تقدم المجتمع صحيّاً وتقنيا وأخلاقيا في معيار واحد، فلابد أن يكون التبرع بالأعضاء. ذلك أن نظاما محكماً كهذا يحتاج إلى تضافر الكثير من الجهد بين الكادر الطبي والتقني والمجتمع عامة. طبعاً نعرف أن التبرع ثقافة، ولذلك لا يوجد انتشارٌ له عندنا على مستويات المجتمع، فنحن نناضل لإقناع الناس بالتبرع بالدم فما بالك بالأعضاء. سأحدثك هنا عن الجانب التقني؛ فبعد أن تقوم حملاتُ توعيةٍ ويُقدِم الناس بعد اقتناع على التقدم للتبرع بما يسمح به القانون ستجد عقبات شتى: أوّلاً يجب أن يسمح الإنسان بنزع أعضائه عند وفاته، وهذه يسجلها عند كاتب عدل، ويلبس قلادةً أو سواراً مميزا يدل على رغبته تلك.

المفترض أن تجرى له فحوصات لتحديد فصائل الدم وتطابق الأنسجة ويسجَّل كل هذا على قاعدة بياناتٍ متنقلة في سيارات الإسعاف وفي المستشفيات، وبفضل التكنولوجيا الحديثة يمكن للسوار أو القلادة أن يحتوي على شريحةٍ إلكترونية تُخزَّن فيها كل المعلومات الطبية للمتبرع، وحتى فيديو له - إن أراد ذلك - يَتْرُك فيه موافقته على التبرع بالأعضاء المراد التبرع بها، فإذا حصل حادث للمتبرع وسنحت الفرصة، تقوم سيارات الإسعاف - المزوَّدة بقارئ إلكتروني لذلك النوع من الأساور أو القلادات ذات الشرائح الإلكترونية للتبرع - بالتعرف على المتبرع وبما يرغب في التبرع به لتحوله إلى المستشفى المختص، ويُسجَّل كل تطورٍ في حالته الصحية على قاعدة البيانات - والشريحة الإلكترونية للقلادة أو السوار كذلك - ومن ضمنها المستحق حسب الأولوية أو الحالة أو حتَّى تطابق الأنسجة.

نحتاج حينئذ إلى نظام توصيلٍ سريع مع تنبيه الفريق الطبي الزارع للعضو إلى استقبال المريض والعضو على حد سواء. كل ما سبق يحتاج إلى تخطيطٍ مسبق ونظام تقني فعال. ولكن أكثر ما يثير حنقي هو وجود النظام بالفعل وتوفر شركات تقوم بتأسيسه وتشغيله، ولا يلزم إلا من يبذل الجهد للموافقة عليه ووهبه قبلة الحياة. حتَّى يحصل هذا يا سيادة الوزير سيظل كل ما سبق أحلاماً عندنا وواقعاً مطبّقا عند غيرنا.

الموضوع ليس سهلاً ولكنني متأكد من الإنجاز إذا بدأ التخطيط وعقدت النية على الإكمال. ما يحدث في العادة أن تأتي عوامل تساعد أو تثبط من سرعة بل واتجاه العمل. دعني أسرد لك مثالان أحدهما قريبٌ والآخر بعيد الحدوث: منذ ثلاثين سنة أصيب مَلِكٌ بمرضٍ في عينه خلال زيارة مدينة غير عاصمته، ولما جاء الاستشاريون لم يستطيعوا علاجه لعدم وجود مستشفى مُجهَّز، فأمر المَلِك

بإنشاء مستشفى كاملٍ مُجهَّز ورجع إلى عاصمته لإجراء العملية على أمل أن يقضي النقاهة ويُفحص في المستشفى الحديث. تم العمل في وقت قياسي بأموال الملك المباشرة متخطياً كل العوائق، لكن الله لم يكتب له الحياة طويلا ولم يستفد من المستشفى إلا سكان المدينة.

أما من العصر الحديث فَلَكَ في مؤسس شركة أبل للتكنولوجيا عبرة أيضاً؛ أصيب السيد ستيف جوبز بسرطانٍ في بنكرياسه ورفض العلاج الكيميائي المضاد له واستئصال الورم في بدايته، وأصر على التداوي بالعصائر والطاقة والإنهاك في العمل. بعد سنةٍ تقريباً اتضح لجوبز مدى فداحة خطئه بعدما انتشر سرطانه وتعدى حدود المعالجة. هنا وافق ستيف على أي شيءٍ طلبه أطباؤه - أو قرأ هو أنه مفيدٌ بشكل ما - بغية تلافي الوفاة، حتى أنه أنفق مائة ألف دولار على فصل وتخطيط خريطته الجينية مع أنه لا علاقة لها بسرطانه، قام أيضاً بتمويل العديد من البرامج التقنية الخادمة للطب بغية سباق الزمن وإطالة عمره. لم ينجح السيد جوبز في التغلب على سرطانه أو أن يعيق تقدمه، لكن الخدمات التي قدمها تساهم الآن في حربٍ ضروس كان يخوضها الأطباء وحدهم. ما أُحب أن أركز عليه هو أن واجبك هو البدء والباقي على الخالق ليسخر لك عواملا ووسائل تساعد على إتمام العمل. يطيب لي أحياناً ذِكر مقولةٍ للعالم مصطفى محمود بأنه لم يكن يمتلك المال لإنجاز أي مما أنجز، ولكنه حين عزم وجد الكثيرين الذين شاركوا معه بالمال والجهد، بل وبالأفكار الجديدة وكأنما كان هو العامل المحفز فقط.

المداواة عن بُعد

عانى الغرب كما نعاني من ضعفِ توزيع الكادر المدرب على مساحاته الشاسعة، فما كان منه إلاّ أن ابتعث بعضاً منهم هنا وهناك ليقضوا فترة من الوقت للعلاج والتدريب في المستشفيات البعيدة. تقلص هذا تقريباً بعد انتشار الإنترنت حيث أنّ من كان يواجه حالةً مرضيةً جديدة، كان يبحث عنها أو يراسل صديقه المختص لعله يجد عنده حلا. هنا قامت الشركات وتلتها الحكومات باستحداث أنظمة التداوي عن بُعد (تيلي ميديسن أو إي هيلث). كل ما كان يجري هو تصوير الحالة مع بعض الشرح ويتم إرسالها إلى مَرْكزٍ معين حيث يتقاضى طبيب مدرب مالاً ليعطي رأيه. حاول الأمريكيون تسويق هذه التقنية للعالم بسبب قصر الخبرات لينجح الأمر إلى حدٍّ ما. أسباب فشلها كانت في قصر التقنية وبُطء الإنترنت، كما أنها كانت باهظة التكلفة لغلو الكاميرات وصعوبة التواصل إلاّ عن طريق برامجَ مُصمَّمةٍ خصيصاً لذلك. طبعاً كل العوامل السابقة باتت أقل تكلفة والكثير من العقبات قد ذُللت بالفعل مع تقدم الوقت والتقنية. هذا كله دفَع الشركات لمجالاتٍ أكثر ربحا لتبقى الحكومات في الواجهة محاولة سد عجز أطبائها أو تحسين توزيعهم. بعض المجالات أظهرت فوائد جمّةً كفحص الشبكية الروتيني لمرضى السكر، فكل ما يلزم هو كاميرا وفني (لا يلزم أن يكون حتى ممرضا) مدرَّب لاستعمالها، وخط انترنت يجلس على الطرف الآخر منه أخصائي شبكيةٍ يفحص مئات المرضى في

بضع ساعات ليقرر من يأتي للعلاج ممن ينام مرتاح البال حتى موعد الفحص التالي.

يُعبِّر المثل السابق على النوع الأول من المداواة عن بُعد وهو نظام التخزين ثم المتابعة. يَبرع هذا النظام في الحالات غير الحرجة كالمثل السابق، وفي الجلدية والأشعة والمختبر وتشريح العينات حيث لا يلزم تواجد الأطراف في نفس الوقت. النوع الثاني يستلزم تواصلاً أكثف ومتابعةً مستمرة، لكن عن بُعد كمتابعة الأمراض المزمنة مثل تحاليل مرضى السكري والقلب والربو والأمراض النفسية كالإحباط وغيره. النوع الثالث وهو الأكثر صعوبةً ولم يعط نتائج مثمرة حتَّى الآن لقصور التقنية وحلولها وهو الطب التفاعلي عن بُعد، كعلاج الأوبئة وإجراء عمليات معقدةٍ عن بُعد وما شابه. في هذا الفرع بالذات تتركز جهود الشركات الخاصة أملاً في الاستغناء عن تواجد أي طبيبٍ أو جراح محليا كالحروب مثلاً.

ما تستطيع فعله بإمكاناتك الحالية كثير، ولا يحتاج تفصيلُ نظامِ مداواةٍ عن بُعد لبلدك إلاّ القليلَ من التخطيط. حتَّى أن بعض الوحدات الطبية قد تستغني عن الطبيب في علاج الحالات الروتينية. فما أن يأتي المريض حتَّى تقوم الممرضة بأخذ التاريخ المرضي على شكل أسئلةٍ متفرعة لتملأ طلباً إلكترونيا، ثم يخبرها الكمبيوتر بالقراءات الحيوية اللازمة، بعد إدخالها يطلب منها بعض التحاليل المخبرية. بعدها يقوم طبيبٌ في مكانٍ ما آخر بالنظر فيما تم إدخاله بالفعل ليسأل بعضاً من الأسئلة ويصف الدواء. هذا المثل لم ينجح تماماً لأن تدريب الممرضة لتكون طبيباً مُكلِّفٌ أكثر من إرسال طبيب إلى هناك.

عندنا لا يوجد نقصٌ في الأطباء بل في خبراتهم، تدريبهم وكفاءتهم. وهنا قد تأتي فائدة أخرى لنظام المداواة عن بعد. ولنتأمل ما فعلته منظَّمةٌ تهدف إلى الفحص المبكر لتلف الشبكية عند الأطفال الخدج، فلقد كان من الصعب على استشاري الشبكية القيام بجولة شبه يومية على كل أقسام العناية القصوى للخدج بالمستشفيات. فقامت شركةٌ بتسويق جهاز يصور قاع العين بواسطة فني أو ممرضةٍ وكانت المشكلة فيمن سيفحص الصور. قامت المنظمة بإنشاء طبقات من الفاحصين تتألف من طبيب عام ثم متدرب على أمراض الشبكية ثم استشاري. يتم إرسال كل صورةٍ للطبيب العام أوّلاً، ثم إلى الطبيب المتدرب مع رأي الطبيب العام، ثم إلى الاستشاري مع رأيهما. يتم إرسال رأي الاستشاري إلى الطبيبين الأولين مع بعض الملاحظات حتَّى يتحسن أداؤهما. يتغير الأطباء الثلاثة عشوائياً ليحصل كل واحدٍ منهما على زميلين جديدين مع كل فحص. بعد فترة من الزمن تحسن أداء الطبيب العام ليقوم بالمهمة بمفرده، كما تعلم الطبيب المتدرب كيفية الفحص فيركز على العلاج، وأخيراً تقاضى الاستشاري أجراً على جهده التشخيصي والتدريبي. كم من الصعب عليك فعل هذا في تخصصاتٍ أخرى تعتمد كلها على التصوير ؟

قوة الإحصائيات

قبل أن نترك هذا الموضوع يجب أن نسأل أنفسنا، كم نحن الآن؟ يعتبر السؤال السابق من الأهمية بمكان، لأن كل قرارات الدولة تعتمد على إجابته؛ ابتداءً من الدعم الحكومي، مرورا بعدد الوحدات السكنية، وأخيراً إلى قوة الدولة واقتصادها. بين كل ما جرى ذكره آلاف العوامل التي تحتاج إلى التعداد السكاني حتَّى يتم بناء قراراتٍ عليها. يوجد عندنا قصور عام في التعداد السكاني، نظراً لبدائية العملية الإحصائية حيث يلزم مرور طواقم على البيوت لعدّ البشر، وهذا ما تتعلل به الحكومات في إجراء التعداد وقيامهم بذلك كل عقد أو عقدين. أستطيع تفهم العقبات ولكني أستغرب استخدام أصعب الطرق لإجراء عدٍّ بسيط. وزارة الداخلية عندك ربما تحتفظ بعدد النمل داخل كل بيتٍ فما بالك بالبشر! وكل مولود جديد يسجل وكل متوفى تصدر له شهادة فلم الصعوبة؟! إذاً نقص التنسيق بين الوزارات وانعدام التقنية يشكلان العائق الأكبر.

لذلك من الممكن تماماً إجراء تعدادٍ بشري لمواطنيك كل عام بل وللزوار والمقيمين والبدو الرحل. من الممكن أيضاً حساب أي عامل معتمدٍ على عدد السكان وهذا في غاية الأهمية. تصور أنك تريد معرفة عدد الذاهبين إلى المدارس العام القادم أو عدد من يحتاجون للقاح مُعيَّنٍ أو حتَّى عدد الوحدات السكنية اللازمة العام المقبل. قد تظن أن دهس طفل قَطَع الطريق، خبر محزن وهذا صحيح، لكنه ليس نادراً وليس فريداً لا يتكرر. برغم أننا نسمع أخبارا غريبة تطل بها الصحف كل حين وآخر عن طفل قضى غرقا، أو التهام دُبٍّ لشخص تجرأ واقتحم قفصه بحديقة الحيوان، أو حتَّى زلزال مدمر، برغم أنه يعتبر مستغربا إلا أنه يحصل بتكرار ورتابة كل فترة من الوقت ويلزم النظر إلى البيانات لاستخراج العِبر.

الإحصاءات مهمَّةٌ لتفادي الكثير من الكوارث التي تظن أنها لا تحدث إلاّ نادراً، فبدءاً من موقع إشارة ضوئية على تقاطع طرق حتَّى قرار البناء على حافة بحيرةٍ أو مجرى سيل، كل هذا ستَبُتّ في أمره بيانات الإحصاء. وإذا رغبت في تطبيق ذلك على وظيفتك فستكشف لك البيانات كم من الموظفين عندك ينجزون عملاً، وكم موظفا يلزم لكل حملة تطعيم، وكم فيروسا يعبر حدود بلادك فاتكا بأهلك، وكم طُنّاً من النفايات تلوث هواء وتراب وطنك كل يوم؟ هل تعلم عدد المدخنين عندك؟ هل تعلم متوسط سن البلوغ أو التسنين أو الطول والوزن للطلاب؟ هل تعرف لماذا بنوك الدم عندك تمتلئ في شهرٍ مُعيّنٍ وتخلو في شهرٍ آخر؟ هل تعلم لِم يعاني كبار السن من الوحدة؟ وكم من الأبناء يَبقون للعناية بذويهم؟ وكم منهم يمتلك تأميناً صحيّاً يغطيه أو تقاعدا؟ ومَن يستجدي المنظمات الخيرية كل شهرٍ لصرف دوائه؟ كم يتكلف علاج دودةٍ معويةٍ واحدة؟ أو حشو سن واحد؟ أو تجبير ساق واحدة؟ كم من الوقت يلزم لفحص وتشخيص وعلاج مريضٍ واحدٍ بالوحدة الصحية؟ كم متوسط الدم المفقود لكل حادثة سير وكم تختلف نهارا عن الليل؟ كم يوماً ينتظر مريض التهاب الحنجرة في المتوسط قبل زيارة الطبيب؟ كم يوماً مرضياً يحتاج شاب مُنتِج للرقاد في البيت مع كل نوبة أنفلونزا؟ أنت تقف في الظلام ولا سبيل لاتخاذ أي قرارٍ إلا بعد معرفة كل الحقائق وأولها التعداد السكاني.

شهادات الزور

في كل يوم تَطلُع الشمس على المراكز الصحية يكتب الأطباء العديد من الشهادات المرضية المزورة أو شهادات الزور كما أحب تسميتها. نعم يشهد الأطباء بأن المريض غير قادرٍ على القيام بعمله أو كان في المستشفى أو تحت العلاج زورا. الأسباب مختلفة وأولها استهتار الأطباء بمثل هذه الأوراق، يليها إلحاح المريض وحبه للراحة بغض النظر هل عمله سيتوقف أم سيجري كالعادة. ستُصعق إن عرفت أن بعض الأطباء يتقاضون مقابلاً مادّياً لمثل هذه الشهادات بثمن معروف - تسعيرة - يتلقاه؛ أرخص الشهادات ما كان ليومٍ واحدٍ، وأغلاها ما أقر فيه بوجود عاهة تستلزم التعويض. إن ظلم الإنسان لأخيه الإنسان لا يقف عند حاجز تعطيل يوم عمل، بل قد يمتد إلى تزوير سبب الوفاة والتواطؤ مع المجرمين والقتلة بل والمغتصبين أيضاً. للمرضى أسبابهم المختلفة بعضها حميد كالاستمتاع بيوم إجازةٍ في البيت أو حتى انتقاماً من صاحب عملٍ لا يرحم، وصولا إلى تجنب المساءلة القانونية أو إيجاد حجة تغيب في قضية جنائية.

الشهادات المَرضية أهونها ما يُعطى ليومٍ واحدٍ كي يرتاح المريض، ولكنها أصبحت ظاهرة في بعض المجتمعات لدرجة أن بعض المراكز الصحية في بلداننا العامرة تعطي إجازةً مرضيةً لمن أفرط في النوم فينصحه أقاربه بتناول وجبة الإفطار ثم الذهاب للطبيب متظاهراً بالتعب، فيفحصه الطبيب ويقول له أنت سليمٌ معافى فلا تتظاهر ولكن هذه شهادةٌ مرضيةٌ تضمن لك الراحة بقية اليوم. عند سؤال الأطباء تَبَيَّن أن هذا عُرف، وتعرف وزارة الصحة ووزارة العمل بل وكل الهيئات الحكومية بمدى تفشيه. سؤالي كان للأطباء ولِم التواطؤ إذاً؟ الإجابة أن تعليماتٍ صدرت بشكل غير رسمي تفيد بضرورة عدم إغضاب المواطنين. واحدٌ ممن التقيت أفاد بأنه يرفض الإجازات المرضية على شاكلة ما سبق، ويتعلل للمريض بوجود قواعد تُعيّن المدة الممنوحة لكل مرض. ما استغربه الطبيب هو التزام المرضى وعدم تذمرهم. هنا نسأل: مَنْ أفسد مَنْ؟ أأفسد المرضى الأطباء؟ أم الأطباء أفسدوا الشعب؟ أم أفسدت الإدارة السيئة الاثنين معا؟

قياساً على حجة طبيبنا الممانع، لو كان هناك فعلاً توصياتٌ بربط عدد الأيام الممنوحة بطبيعة المرض لصلح الحال وغاب التلاعب. هذا يقتضي نظاماً تقنياً يربط بيانات المريض بمرضه بشهاداته الطبية. يمكنك عندئذ معرفة من تغيب عن عمله لأي سبب. هل تعتقد أحداً يتعلل بكسر ساقه مرَّةً كل أسبوعين ليتجنب العمل؟ نحن نعلم أن بعضاً من الموظفين يقتل فردا من عائلته العزيزة كل شهر ليحصل على يوم راحة. كم يصبح من السهل معرفة كذبه إن كان النظام لا يصدر إلا شهاداتٍ نابعةً من سجل الموتى والأحياء؟ هنا ندرك بعد تتبع الخيط لم لا تحب وزارات الداخلية عندنا تعداد السكان الإلكتروني؛ لأنه يسهل حينئذ معرفة الحي من الميت والمريض من المُقعد.

بعد ربط بيانات المريض بعضها ببعض، موثقةً بالطبيب واصف الشهادة سيتبين لك من يصدر ماذا! فجراح العظام لا يمكنه إعطاء إجازةٍ مرضية لدواعي البرد، وطبيب الأعين لا يمكنه منح إجازة وضع لقريبته. كما يمكنك أيضاً تتبع متوسط ما يعطي طبيب ما من الأيام، ويقوم النظام بالتنبيه عليه ليُقوّم سلوكه إن كان معوجاً، كما يُمكِّنك من اكتشاف الأمراض وانتشارها بسهولةٍ إن التزم الأطباء. كيف تُحصي عدد المصابين بالبرد في منطقةٍ جغرافية معينة؟ يمكنك ذلك إن التزم الأطباء بذكر التشخيص وإن لم يلتزموا فبعدد الأيام المرضية. كلما وضعت قواعد عملٍ - أو اشتباك - للأطباء كلما سهل التعامل وتضاعفت الإنتاجية.

هنا يحضرني طبيب أعينٍ أصدر خمسين شهادة طبية تفيد بأن حامليها يبصرون جيّداً في ظرف شهر واحد. شك في الأمر موظف بإدارة المرور عندما لاحظ الكم الهائل من الشهادات لأناس لا يوحي شكلهم باستقامة البصر بأيّ حال. كم من الأنفس ستزهق على الطرقات لأن طبيباً باع بصيرته واشتهر بذلك ليقصده كل من رُفض مطلبه بدواعي قلة البصر.

الشفافية الإلكترونية

أحد مميزات الانتشار التلقائي الآن للإنترنت هو إتاحة المعلومات لكل من يطلبها. هذا بالطبع يساعد الإنسان المريض في التحصل على جوانب علاجية تُمكِّنه من حفظ وتتبع حقوقه. تكمن مهمتك في توفير الأدوات له؛ أول هذه الأدوات هو جداول شاملةٌ للأدوية المرخصة عندك ووكلاؤها وأسعارها. عندما يعتاد إنسان شراء دواء بسعرٍ ما ثم يكتشف زيادة مشبوهة، فما عليه إلا الرجوع إلى قائمتك لتفضح الغش وتحدد مكانه أو تساعد السلسلة الدوائية ببيان الزيادة الفعلية. هذا التواصل يخلق الثقة في النظام ويجبر الكل على احترام حقوق الآخرين. نفس المحتوى يسرد بحق الأجهزة المصرَّح باستيرادها والتداوي من خلالها.

دعني أسرد لك مثالاً حديثاً حيث أصر طبيب مبتعث في كندا على تتبع مسارات الإعلانات لجهاز لم يُرخّص في العالم أو حتى في بلد التصنيع، حتى إن آثاره الجانبية المستديمة بدأت تغزو كتب الطب. هذا الجهاز شديد الانتشار في وطنه الأم تحت ترويجٍ مركّز من طبيبٍ مشهورٍ هناك. سلكت القصة مناحي عدة لتأخذ شكل سجال بين فريقين أحدهما يُعنى بصحة المريض والآخر مستفيد مباشرةً من تسويقه. بعد أسابيع ولجنة تحقيق اتضح أن كل الأوراق المقدمة لإدخال الجهاز وتشغيله بكثافةٍ تحت غطاء إعلاني مثير للإعجاب إنما هي غير دقيقة، ولا ترخص الاستخدام الطبي الفعلي. طبيبٌ واحد أخذ على عاتقه تحذير الناس وتم توثيقه بمكالمات تليفونيةٍ وأوراق ثبوتيةٍ عدة من وزارات صحة خارجية. كل هذا كان يفترض بك عمله ابتداءً أو حتى من أول شكوى أو حياد على الدعاية المعتادة. حتى وإن كان وعيك قاصراً حينها على تفادي الغلطة فإتاحة الوثائق للعامة يساعدهم على تقفي الحقائق.

كما يجب أن تحتوي مثل هذه القوائم على آخر النشرات الصادرة بحق الأدوية والأجهزة الطبية، بل ومستحضرات التجميل من سحبٍ وإعادة إدخال وتحذيرات. عاصرْت عن قرب مريضةً استخدمت شاياً للتخسيس أتلف بنكرياسها، وأصيبت بالسكري، ولم يُسحب الشاي المصنف على أنه طبيعي إلا بعد ستة أشهرٍ ومن الصيدليات فقط، أما ما كان بحوزة المستخدمين فقد استخدموه كاملاً. مثل هذا الحادثة تحتوي على الكثير لتعَلُّمه ابتداء من تراخيص ما يستخدمه الناس إلى القصور في إعلامهم بخطورته. هذا يعني أن مشغلي مواقعك الإلكترونية يجب عليهم القيام بأكثر من مجرد وضع صورٍ مبهجة لأطفال تضحك كما تقتضي حملات تحسين العلاقات.

نختم هنا بمعضلة إفهام العامة بسبل العلاج، أو ما يسمى بالخطوط العريضة للطرق العلاجية. ما يحدث عادةً أن مريضاً يشتكي من السعال يزور طبيباً، فيخبره هذا الأخير بأنه يحتاج إلى استئصال الرئة لأن بها ورماً. بِغض النظر عن طبيعة المرض أو الحالة المادية أو حتى كفاءة الطبيب، تبرز عندنا أُحجية تحتاج إلى حل. قد يستجيب المريض حالاً أو يبحث عن طبيبٍ آخر (ربما أقل كفاءة من سابقه وربما أكثر)، أو يفشل فيلجأ للإنترنت للحصول على ما يعينه على معرفة حقوقه والأخذ بتلابيبها. وجود خطوطٍ عريضةٍ للمعالجة أمرٌ مسلم به في الخارج، ويسمح للأطباء بتجاوز القليل منها أخذا بحالات استثنائية، لكن بتحمل المسؤولية القانونية في حالة الفشل. ففي المثال السابق كان يجب على الطبيب عمل أشعة للصدر، مقرونة بكشفٍ إكلينيكي واختبار عينات من البلغم. المرحلة الثانية تتمثل في إعطاء الأدوية المعتادة لعلاج مثل هذه التشكيلة من الأعراض بناءً على ما خلص إليه حتى الآن، ثم أخْذ وخزة من السائل المحيط بالرئة واكتشاف خلايا سرطانية، ثم تحويل المريض لجهةٍ أكثر اختصاصا.

إن مجرد معرفة الطبيب بكيفية استئصال الرئة غير كافٍ لحصول الجراحة. كما أن مجرد معرفة الطبيب بوجود خرائط علاجيةٍ متوفرة بلغةٍ يفهمها المريض كفيلٌ بإجباره بالتزامها، أو على الأقل استعداده لمناقشتها مع المريض في حال طرحها. تَوفُّر المعلومات بالمجان للسياسات العلاجية وحده كفيلٌ برفع مستوى الخدمة المقدمة للمريض ومساعدة الطبيب الملتزم بها على إقناع المريض بحتمية العلاج. لهذه الخطوط فوائد جمةٌ حين تصل الخلافات إلى أروقة المحاكم. القاضي بطبيعة الحال ليس طبيباً وصعب عليه أن يخلص إلى صحة الخطة العلاجية بتتبع تسلسل الخطوات وإن أدت إلى حصول ضررٍ جسدي نتيجته.

دعني هنا أسرد تجربةً شخصية لي، ففي إحدى القضايا اشتكت مريضة بأنني عرَّضت عينها للتلف بعد إجراء العمليات الجراحية في مكان آخر، لأني نصحتها بالانتظار عدة أشهرٍ أملاً في الشفاء الذاتي. تركت المريضة كل من أجرى لها عملية وأخذ على ذلك مالا، وأمسكت بتلابيب من نصحها بالتريث. طبعاً الانتظار قد يُهدر وقتاً ثمينا، لو استُثْمر في العلاج لأفلح في دحر المرض. أرسل إليّ القاضي يطلب تفسيراً لما نصحتها به مع صور من ملفها الصحي يثبت توصياتي. فما كان مني إلا إجراء بحث سريع في موقع الجمعية

الأمريكية لطب الأعين، حيث قمت بفتح توصيات معالجة ثقب مركز الإبصار الناصحة بالانتظار من 4 إلى 6 أشهر بينما نصحت أنا بثلاث. أكدت المحكمة وصول الورقة، وبعد التأكد من الموقع ذاته تم رفض القضية بكل سرعةٍ وإعلامي بإغلاقها. لِم لا يكون عندك أنت أيضاً توصياتٌ وخطوط عريضة تساعد الأطباء والمرضى، بل والقضاة أيضاً على رفع المستوى الصحي؟

الْفَصْل الثَّامِن:

الْوِقَايَة

قال العرب قديماً بأن الوقاية خيرٌ من العلاج، لكن كما نعلم كلنا أن هذا غير مطبق نهائيا عندنا. أعزو هذا للجهل أساساً وإن تمت تغطيته بالعديد من الأسباب: كالتعلل عند عدم ربط حزام الأمان بـ "الله يستر"، وعدم التقيد باحتياطات السلامة بأن "العمر واحد والرب واحد"، ومنها المفضلة عندي "كلٌّ سيأخذ عمره"!

هذا المنطق المعوج المتوارث بين الأجيال يبرر انعدام الوقاية لغلاء الخدمة الطبية وتقصير الأطباء بل وحتى الظروف. المدهش أن الموضوع يصبح قضاءً وقدرا إن كان هو المتسبب في الحادث، ولكنه ينقلب إهمالا وتسيبا إن كان هو المتضرر. هنا يجب أن نقف دقيقة حدادٍ ونسأل أنفسنا: هل فعلاً نحن مهتمون بالحفاظ على صحتنا؟ نحن ندخن ثم نلوم السرطان، كما أننا نأكل كل ما تتجول أعيننا عليه ثم نلوم أمراض العصر، ونعامل كل من هو أضعف منا بدونية وبعنفٍ أحياناً ثم نتساءل عن انحدار القيم الأخلاقية بين الشباب! قرأت مرَّة تحليلاً عنصرياً يشرح لم العرب مهملون هكذا بينما الغرب شديد التنظيم؛ عزا التقرير الوضع للبيئة الصحراوية حيث يميل البدوي لاجتثاث خيمته وتتبع الخير بينما يميل الأوروبي للتخطيط للشتاء. ورغم العنصرية الطافحة من التحليل إلا أنه لا يخلو من وقائع وهي أننا أناسٌ لا نحسب للعواقب حسابها. ربما الفهم الخاطئ للدين قد ساهم، لكن العلّة تكمن في قصور العلم والاتكال على الغير ليفعل شيئاً. إن مفهوم الرضا بالقسمة والنصيب في الفكر الإسلامي الحنيف أساس لتشجيع العاملين والكادحين، وللحث على النهوض من الكبوات والعثرات، لكن تم تحريف هذا المفهوم عن معناه السامي إلى تسويغٍ للفقر والكسل والخمول، وبالطبع التقاعس عن منع الشيء قبل حدوثه. أنا هنا أخبرك بأن أمامك الكثير لتفعله حتى تتفادى أعباء المستقبل الصحية. ويجب أيضاً أن ألفت انتباهك أن الوقاية شيءٌ ضروري وعاجل، فلا شيء يمكن تأجيله للخمس سنوات القادمة إن امتد بك المكوث في الوزارة.

صناعة الغذاء

قد تستغرب استهلالي للغذاء كطريقة وقايةٍ، ولكنك تعلم - وكل أطفال المدارس - بأن العقل السليم في الجسم السليم. عرفت مرَّةً طبيباً عامّاً مجاهداً كان يعالج فقراء بلدته الصغيرة باللحم، فيعطي بدل وصفة الدواء ورقة لجاره الجزار يضمن فيها دفع ثمن ربع كيلو يتغذى به المريض. غَنِيٌّ عن الذِّكر أن كلّ ما يملك قد أهلك، لكن أهل قريته الطيبين كانوا أصحاء معافين يضرب بهم المثل في البلدات المجاورة، أدرك الطبيب بأن مرضاه لا يعانون إلا الجوع ونقص التغذية. ولكنك لست وزيراً للتموين، وكذلك لم يكن طبيبنا في العبرة السابقة، لكنه فعل ما يلزم لعلاج الناس. أطلب منك أن تستخدم أجهزة الجسم كافةً من الهرمونات والمناعة لمقاومة المرض والوقاية منه.

كان في بعض دولنا في بدايات القرن الماضي مشروعٌ يسمى بالتغذية المدرسية؛ الهدف كان الاهتمام بغذاء الأطفال حتى على نطاق المدرسة الضيق حينذاك، ولكنه كان من النجاعة إن تعلم التلامذة الغذاء الصحيح واعتادوا عليه بل وصحت أجسامهم. اختفى ذلك البرنامج مع تنوع الأطعمة وانتشارها وقلة المال المتوافر أصلاً. هنا بدأ المرض مبكراً في طلاب المدارس وغيرهم. ربما يكون من الصعب عليك توفير الغذاء لعامة الشعب، لكن يمكنك توعيتهم ماذا يأكلون وتوفير بدائل للمكونات الغذائية تضمن سلامة الأجهزة الجسدية. يمكنك أيضاً تدعيم الغذاء الشعبي لبلدك بما ينقصه من فيتاميناتٍ ومعادن، بل وخمائر ومعوضات غذائية. كما يجب عليك أن تحمي صحتهم من كل غذاءٍ يسوق بالدعايات، بينما هو سمٌّ زعاف يرشفه الناس بنَهَم.

هنا يجدر بي سرد مثالٍ بسيطٍ لفكرٍ خلَّاقٍ لحل مشكلة غذائية مستعصية: في كمبوديا لا يستهلك القرويون الكثير من اللحم الغني بالحديد الذي تشتكي التربة النقص منه، وبالتالي يعاني الناس فقر الدم وآلام المفاصل بالإضافة إلى الوهن العام. حاول المسؤولون تدعيم الطعام لكنهم ينتجونه بأنفسهم، فغالبية طعامهم هو حساء السمك مع الأرز. هنا قامت جمعيةٌ كندية بالتعاون مع وزارة الصحة بتصميم حل: المنتج النهائي هو عبارةٌ عن قطعة حديد على شكل سمكة تسكب محليا وسميت بـ "سمكة الحظ"، وتوزع مغلفة بالقش التقليدي. كل المطلوب من المستخدمين وضع السمكة الحديدية مع السمك خلال التحضير لتطلق كمياتٍ بسيطةً من الحديد مع كل وجبة. عبقرية الحل تكمن في تصميم السمكة وتَلاؤُمِها مع الطعام المفترض استهلاكه. كما أن التسمية تتلاءم مع تفاؤل الشعب الكمبودي وتصديقه للفأل الحسن. التصميم أيضاً ساهم لأنه لم يُكتب عليها "صُنع في كندا" ولا تحمل علامةً تجاريةً مغرية لنا نحن العرب، لكنها أصبحت جزءً من التراث الشعبي عندهم. كل هذا مع حملة شعبية في الإعلام لتنتشر سمكة الحظ، ومع الأيام تصبح ذاتها موروثاً لأجيال وربما تصبح أسطورة لا يعرف الناس لم وضعت أصلاً.

هنالك العديد من المزاعم كل سنةٍ تقريباً تتهم نوعاً معينا من الغذاء بتسميم خلايا مختلفة عند البشر. ما موقفك من السكر الصناعي والمواد الملونة؟ وما العناصر الحافظة المسموح بها عندك؟ ما مدى خطر الأطعمة المهجنة وراثياً؟ وهل تُزرع ببلدك؟ وما هي سياستك في الأغذية المصنوعة منها؟ وما التحذير المناسب المطلوب تواجده على الغلاف الخارجي؟ ما مدى تغلغل السماد والمبيدات الحشرية في تربة بلدك؟ وما كمية ما يصل منها لأكل أطفالك؟ ما مقدار الحديد والرصاص والزرنيخ والميكروبات في مياه الشرب والاستحمام؟ أين يذهب الماء ومن أين يأتي؟ كيف تراقب أنت كمية السكريات التي يتناولها شعبك وما مقدار الدهون في طعامهم؟ هل يحصل الفقراء على دعمٍ غذائي وهل هو مفيد صحيا؟ يمكنني سؤالك أكثر من هذا ولا يجب أن تجد إجاباتك لوحدك. الغذاء منظومةٌ متكاملةٌ يجب أن تشرف عليها بعيداً عن تقلبات السوق وغلو الأسعار.

حسناً افترضنا أنك مقيد المعصمين، وأن وزير التموين يرفض التعاون ويعجبه الفساد المستشري، ما حجتك أنت في إهمال نزلاء

مستشفياتك؟! كل مريضٍ في القسم الداخلي عندك يلزمه تغذية نموذجية تساعده على تحسن صحته ومحاربة مرضه. متى كانت آخر مرّةٍ زرت فيها مطبخ مستشفى أو حتى تناولت وجبةً فيه؟ دعني أسرد لك حكاية أم رئيس الطهاة في مستشفى قائم على التبرعات، حيث أجرى لها أستاذي عملية شفط المياه البيضاء بنجاح. أستطيع أن أؤكد لك بأن وجباتنا كأطباءٍ قد تحسنت كأنها خارجةٌ من مطعم خمس نجومٍ، لدرجة أننا توقفنا عن تناول الوجبات في بيوتنا يوم العمليات. تصور معي أنت مستشفى حكوميا بمستهلكين من عامة الشعب، من سيهتم بطعامهم؟ ربما يجيب حال الطعام في مستشفياتك عن تأخر معدلات التئام الجروح، وطول الإقامة، وتفشي العدوى بالمقارنة مع المتوسط العالمي. وإذا لم تكن الميزانية تسمح بإطعام المرضى في عموم مستشفياتنا، فأقل القليل في قسم الأطفال والخدج. جل ما يطلبون هو الحليب المدعم بالعناصر المعدنية والفيتناميات والدسم. حتى هنا تأتي منظومة الفساد لتستورد عبوات غالية الثمن، قليلة التكلفة وتباع في السوق السوداء.

تابعت قصة أبٍ عنده اثنان من التوائم يشكو أن حليب أطفاله يبيعه موظفوا المستشفى لصانع حلوى يعتمد على الحليب بعدما ضيقت وزارة الصحة الرقابة على الصيدليات. هنا لا نستغرب أن يبيع أحدنا تراب وطنه للمستعمر مقابل المال إذا كان هؤلاء يتاجرون بحليب الرضع. ثم يَطرح سؤالٌ بسيط نفسه، كم يكلف حليب الأطفال المدعم؟ أستغرب تسعيرته كدواء حيث يباع عندنا بالجرام بينما يشحن في الأسواق العالمية في أكياس توزن بالخمسين كيلوجرام. إنك لو أنشأت معملاً صغيرا لتحويل الحليب المجفف العادي - إذا لم تكن دولتك منتجةً للألبان - إلى مدعم بكل شيء، لحصلت على أطنان من الحليب يسد حاجة بلدك في السلم والحرب والمجاعات متفادياً معظم أمراض الطفولة. إن توزيع ربع ليتر يوميا من الحليب المدعم ذي النكهات (بالشكولاتة أو الفراولة أو الموز) على طلاب المرحلة الابتدائية سوف يحمي الأطفال من هشاشة العظام وسوء التغذية، سوف يشعرهم بالشبع كما سيشعر عامة الشعب أن الإنسان لدينا محترمٌ ويستحق عناية أفضل.

حماية البيئة

أعرف أن وزيراً بحقيبةٍ وزارية ومبنى مستقل وميزانية كميزانيتك يحتل كرسيا فارها في الحكومة يسمى بـ "وزير البيئة". ما لست أعرفه هو ماذا يفعل إذَا مرض قسمٌ كبيرٌ من الناس نتيجة التلوث بكل أنواعه وأشكاله؟ من يعالج هؤلاء؟ أنت طبعاً مسؤول عن العلاج ولذلك يجب عليك تغيير الوضع بنفسك أو متعاوناً مع وزير البيئة ليصلح الحال. ولنكن أكثر تعمقا فهناك العديد من الملوثات في بلادنا وأولها الفكري، لكننا لن نتحدث عنه في هذا الكتاب. أما التلوث الناتج عن الصناعة والزراعة فسيصلحه القانون وتطبيقه، لكنك لن تقف مكتوف الأيدي تشاهد أنهاراً وبحاراً وهواءً بل وصحاري بلادك تتحول إلى مقلبٍ عملاق للنفايات. إذا لم تستطع الضرب على يد المفسد فلا تسكت عن الحق. إن نسب التلوث العالية ستلاحق كل مجهود لك لتهدمه من أساسه. التلوث البيئي

ينتج عنه تغيُّرٌ في تكوين الخلايا سواء البشري منها أو الميكروبي، كما أن طريقة تعامل الجسم مع التهديدات المرضية تختلف باختلاف البيئة والمناخ، مما يحبط أي محاولةٍ طويلة الأجل للسيطرة ودحر المرض. لقد أُثبت حديثا وجود علاقة وثيقة بين انبعاثات البنزين (الديزل مثبت منذ زمن) وإصابة الأطفال باللوكيميا. لن يفهم رجال الأعمال ما أقول فعندهم كل قرش بحساب، لذلك لن تخيفهم تهديداتٌ مستقبلية. يمكنني أن أتفهم موقفهم إذا لم يوجد البديل، لكن مُصنِّعي البلاستيك اليابانيين عندما وصلتهم تقارير عن سمّية البيسفينول أ، قاموا باستبداله طواعيةً ما دام هناك بدائل. بعدها بسبع سنوات صدرت القوانين لتمنع استخدامه في الغرب. التأخير كان بسبب مجادلة المُصنعِّين في الغرب حول سلامة المادة مستغلين رُخصها في السوق العالمي نظراً لامتناع اليابانيين عن استيرادها.

المنظومة التصنيعية العالمية مترابطةٌ وينبغي لك التحكم في شهوات رجال الأعمال حفاظا على صحة شعبك وأسرتك. هل كنت تعلم أن "البيسفينول أ" ينشأ عن استهلاكه اختلالٌ هرموني يماثل استخدام حبوب منع الحمل؟ التاريخ يخبرنا أنه قد تم استخدامه من قبل كهرمونٍ أنثوي لتسمين الماشية والدواجن، ثم كحبوب منع حمل بالفعل عند إناث البشر، ليكتشف المُصنِّعون أنه يقوي البلاستيك والورق صناعياً ليدخل في صناعة العملة الورقية والبلاستيك المُقوَّى لسبعين عاما قبل أن تبدأ المشاكل بالطفو على السطح. قد يفسر هذا انخفاضاً في سرطان الثدي في اليابان بعد خمس عشرة سنة من الآن مقارنه بالعالم الغربي.

قد تستغرب طمع رجال الأعمال وقلة احترامهم للبيئة ولكن ماذا عنك؟ هل تعلم أن نفاياتك الطبية تلوث البيئة بكل السموم؟ ولكي لا تظن أني أتحامل على شخصك الكريم أحب أن أسألك: كيف تتخلص المستشفيات من نفاياتها الطبية الملوثة والغير ملوثة والعضوية وغيرها من بين الأنواع التسع - المعروفة لحد الآن - من المخلفات الطبية؟ كيف تتخلص وحدات غسيل الكلي من السوائل المستخدمة؟ كم من ثاني أكسيد الكربون ينتج عن حرق البلاستيك الملوث القادم من الأنابيب والمحاقن ذات الاستخدام الواحد؟ في دراسةٍ بسيطة أجريتها اتضح أن العالم العربي ينقسم إلى قسمين: الأول يوجد به ما معدله ثلاثة شركاتٍ تتخصص في التخلص من النفايات الطبية لكل منها. والقسم الثاني بواقع شركةٍ واحدة فقط لكل دولة تتخلص من نفايتها بطرق غير معروفة، أي أنها لا تتبع بروتوكولاتٍ واضحةً، وكل همها نقل النفايات من المستشفى إلى أماكن مجهولة. من المؤسف أيضاً أن 3 دول لا تمتلك ولا حتى شركة واحدةً ويتم التخلص من النفايات الطبية بالرمي مع باقي النفايات في أماكن مفتوحة. الكارثة تكمن في أن قدرة هذه الشركات مجتمعة عندنا لا تستطيع معالجة إلا عشرة بالمائة من النفايات المنتجة، فأين يذهب الباقي؟

قد يعتصر الألم قلبك عند معرفة الحقائق والأرقام، ولسوف تجد أن ما نحن فيه من المرض والمعاناة نتيجةٌ طبيعية لكل الممارسات الخاطئة التي نرتكبها. أستغرب هنا بأنه كيف يصعب الحصول على المعطيات بالنسبة لوزيرٍ يُفترض منه اطلاعه على الأسرار حتى؟ بوجود الانترنت صعبٌ على المفسدين إخفاء جرائمهم ولكن في المقابل ما عادوا يبالون. حزنت يوماً عندما وضع أحدهم صورة تُبرز

طريقة تخلص شاحنةٍ من سوائل ونفايات غسيل الكلي: عن طريق صبه في مجرى فرعي لنهر جار. اتضح أن طبيباً بدأ بسؤال الأسئلة الصحيحة ليصل بأنه لا أحد يعرف كيف يتم التخلص منها. تأتي الشاحنة وتأخذ السوائل ثم تذهب إلى حال سبيلها، ولما تَتَبّعها صُعق من هول ما رأى، وقرر تصويره ليراه العالم إلا سيادة الوزير.

كما ستحزن بالتأكيد إن أنت اكتشفت - بعد طول تدقيقٍ وتحقيق - بأن بعض بلداننا قد أصبحت مكبا للنفايات النووية. هذا اتهامٌ كبيرٌ ويحتاج لتحقيقٍ موسع، لكنني أؤكد لك أن بعض الأنظمة قد غيرت من قوانينها لتسمح لصحارينا بأن تكون مدفنا لما لا يستطيع الإنسان بعلمه الحالي التخلص منه، ويقتل كل شيء لامسه من البيئة المحيطة. للأسف نحن حتى لا نتقاضى الثمن العادل لتخزين مثل هذه المواد، ولتعرف كم يتكلف العالم الأول ليتخلص منها، فعليك بدراسة تجربة فنلندا والمسماة "اونكلو". إذًا أصبحت وزيراً للصحة فينبغي أن تسأل ولسوف تسمع العجب العجاب.

السلامة المرورية

عندما يحصل حادث تصادمٍ بين سيارتين، أو حتى بين سيارة وعمود إنارة أو شجرة، فإن المسؤول الآن عن سلامة البشر هو أنت. لا تقطب جبينك بكل استغراب. نعم إن كل تهديدٍ لصحة الإنسان في بلادك أنت المسؤول عنه، وستلام عليه لقصور الإسعاف والتمريض، بل وقلة الأَسِرّة وشح الدواء وانعدام التأهيل. ماذا عن إدارة المرور؟ إنها لإصدار تراخيص القيادة ومخالفات القوانين المرورية وليست بحالٍ من الأحوال فرعا من وزارة الصحة. عندما تقتنع بأن ما يحدث من أهوال على طرقات بلدك يقع ضمن حدود مسؤوليتك، يجب عليك أن تعمل جاهداً لأحد اثنين: تَقَبّل النقد كلما حصل تصادم مريع، أو عليك بالعمل الجاد لمنع مثل هذه الكوارث يومياً. هل تعلم أن وفيات الحوادث المرورية كل عام في الولايات المتحدة تفوق ضحايا كل الأوبئة الفيروسية مجتمعة؟ هل تعلم بأنه توفي ثلاثة وثلاثون ألف شخصٍ على الطرقات أيضاً في امريكا سنة 2010 حيث شهدت الولايات المتحدة موجة وباء انفلونزا الخنازير والتي قضت على اثنا عشر ألفٍ فقط؟!

تقوم السياسة الحالية لوزارة الصحة بإرسال سيارة إسعافٍ أو سيارة نقل الموتى إلى موقع الحادث. أهذا كل ما في الأمر؟ لذلك وجب اتخاذ كافة الاحتياطات لمنع الحادث من الأصل. دعني أشرح لك لِم تكره "المؤسسة التأمينية لسلامة الطرق" في الولايات المتحدة الأمريكية كلمة "حادث" وتفضل "تصادم". عندما تدمر المؤسسة مئات السيارات الحديثة سنوياً تحت شروط اختبار غاية في التعقيد فهي تهدف إلى التأكد من سلامة الركاب أوّلاً وأخيراً في أي تصادم. هنا تقول المؤسسة بأن ما يحدث على الطرقات ليس

حادثاً عبثياً بل عمليةً حسابيةً قابلةً للتكرار، وسلامة الركاب مضمونة بضمان العوامل المؤثرة في التصادم. بمعنى آخر، يمكننا التحكم في مسار وعنف التصادم قبل حدوثه، وتقليل نسبة الوفاة أو الإعاقة أو الضرر الجسدي. تقوم المؤسسة التأمينية بمثل هذه الاختبارات نيابة عن شركات التأمين لتنصح المشترين بأفضلية السلامة، وبالتالي تخفيض العبء التأميني عليهم. جديرٌ بالذكر أن المؤسسة لا تخبئ أيّاً من نتائجها، بل تُعلَن على الملأ ما تكلفت في سبيل بحثه الكثير، إيمانا منها بأن السبيل الوحيد لمنع الكوارث هو توعية الإنسان. هنا يأتي دورك لترفع الوعي إلى درجةٍ تخفف من معاناة التصادم اليومي على الطرقات عندك متسببا في فقد الأبرياء يوميا وتحميلك مسؤولية التأخر في إنقاذهم، والحقيقة أنك تتحمل المسؤولية عن قصر وعيهم أيضاً.

الأمر يبدأ في مدارس تعليم السياقة ويمكنك التحكم فيما يتم تدريسه، وإذا لم تستطع فالتلفاز أمامك بل حتى وسائل التواصل. لا يمكنك إملاء حقائق السلامة على الناس تحت التنويم المغناطيسي كما نفعل الآن، بل تحتاج إلى وسائل خلاقةٍ جاذبةٍ للاهتمام. هنا يساعدك التأمين الروسي بإمدادك بالمواد الخام؛ نعم الروسي. هذا حصل لما زادت المطالبات التأمينية بعد كل تصادمٍ ويحكي كل شخص روايته من منظوره، فتضطر الشركة إلى تعويض الطرفين، فاجتمعت الشركات لتصل إلى حلٍّ مقنع: كاميرا صغيرة تُركَّب لتسجل كل ما يحدث أمام السيارة، وأحياناً خلفها، وكاميرا أخرى داخل المركبة تراقب السائق وقت وقوع الحادث، وتُستخدم في الشاحنات أيضاً. هنا عندما يحدث تصادمٌ ترجع الشركة للتسجيل وتعوض السائق في حال التعدي عليه فقط. الكاميرا إلزامية إذا أردت التأمين على مركبتك مما أدى إلى انتشارها. فَتح هذا الشرط الأبواب الواسعة لتوثيق ملابسات تصادمٍ لم يكن تخيل حدوثها في شتى الظروف. يمكنك بقليلٍ من الوقت جمع كميات هائلة من المعلومات لتدل الناس على الأخطاء المرتكبة وكيفية تفاديها بفيديو تعليمي بسيطٍ سيشد انتباه الشباب قبل الكبار. كل خطأ سيتفاداه الناس سينعكس عليك براحة بال وقلة معاناة.

لكن التصادم صائرٌ لا محالة، فالبشر مستهترون بطبعهم وتحصل أخطاءٌ شنيعة قبل وأثناء وبعد القيادة، لتزهق الكثير من الأرواح. ما زال أمامك الكثير لتحدث تحسناً في المنظومة الحالية: إنشاء محطات إسعاف كل خمسين كيلومترا يضمن وصول الإسعاف لأي تصادمٍ على الطريق في وقتٍ أقصاه عشر دقائق قد تحكم على شخص بالحياة أو الموت. لست أدري هل يسمح لك وزير الدفاع بمنظومة إسعافٍ طائر، لكن عليك أن تحاول بكل جهد إيجادها لأنها ستخدم قطاعات أكبر، وتقلص الوقت اللازم لنقل المريض إلى المستشفيات المتخصصة، كما أنها تلغي عوامل كثيرةً كازدحام الطريق ونقص الرؤية، بل وتغطية الطوارئ البعيدة عن الطريق نفسه كالحقول والمصانع.

يحدث كل سنةٍ في الولايات المتحدة العديد من التصادمات التسلسلية التي تتضّمن الكثير من السيارات في نفس الوقت. يحدث هذا نتيجة العوامل الجوية السيئة على الطرقات السريعة. لا يوجد عندنا إحصائياتٌ مؤكدة، لكن عندما يحدث أحدها عندنا يموت ما مجموعه جميع الركاب في كل السيارات. الأسباب متشعبةٌ، لكن نقص الإمكانات الميدانية يبقى أهمها، فحتى إن تواجدت سيارة

إسعافٍ أو اثنتين في الوقت المناسب فذلك لا يكفي. دَفَع هذا بعض الدول إلى تصميم سيارات إسعاف عملاقة أو تحوير حافلة لتقوم بإسعافِ جمعٍ كهذا، وتحتوي على مستشفى صغير ميداني وغرفة عمليات مجهزة. تستطيع مثل هذه الحافلة العمل أيضاً في الكوارث والهزات الأرضية وأنواع عدةٍ من مهمات الإنقاذ، كحصول تزاحم في ملعب رياضي أو محطة مترو أو انهيار مبنى على رؤوس قاطنيه. بالطبع لا تتوفر مثل هذه التجهيزات في الحال إلا إذا كانت سياسة "الوقاية خير من العلاج" مطبَّقةً منذ الآن.

الكوارث

كل ما يحدث فجأةً مسبباً الألم والمعاناة يصنف تحت بند الكوارث، فكل بلد يكون معرضا لكارثة تتكرر كل حين وآخر، في اليابان والمكسيك هناك الزلازل، بينما الأعاصير تفتك بالولايات المتحدة الأمريكية ولها موسمٌ معين، كما تقتل العواصف الثلجية الناس في الدول الاسكندنافية وروسيا. عندنا كل شيءٍ يقتل الناس حتى الكهرباء وانفجارات الغاز في المنازل، وصولا إلى العطش والغرق في حمامات السباحة. كيف نفسر موت ألف شخصٍ في ظرف أسبوع في الباكستان بسبب موجة حر تأتي كل سنة وتذهب بنفس النتائج؟! يصعب علينا إذاً التفريق بين كارثة وأخرى وخاصة أننا نتقبل بنفوس راضية كل ما يحصل لنا متناسين أبسط الاحتياطات الأولية، لهذا يجب أن تتغير طريقة التفكير حتى يتغير الناتج. الاستعداد للكوارث الحقيقية يجب أن يصنف للكوارث قصيرة الأمد؛ كالفيضانات والهزات الأرضية والانهيارات المعمارية، أو طويلة الأمد؛ كالحروب وهذه تُترَك للجيش عموماً. يكون الاستعداد لكل الكوارث مبنياً على الاستعداد والتمرين المستمر بطرق مختلفة، ولذلك تهب فرق الإنقاذ من كافة أنحاء العالم للمساعدة عندما تحصل كارثةٌ في جزء آخر من العالم، فهذه تمثل فرص تدريب واقعية وجماعية أو إذا جاز التعبير، التعلم من "كوارث" الآخرين.

إن موضوعاً متشعباً كهذا يحتاج إلى كتب متخصصة، وخاصة أن العديد من الروابط والجمعيات العالمية تتخصص في هذه النواحي. دعني أسرد لك على عجالة ما ينبغي أن تنجزه: أوّلاً تحتاج إلى إدارةٍ متخصصة تستلم هذا الملف وتطوره تحت إشراف متخصصين محترفين. ولذلك سوف يجري العمل على ثلاث محاور: فرق الإنقاذ، المعدات، اتخاذ القرار.

تتكون نواة الإنقاذ من ثلاث فرقٍ: فريق الإنقاذ الميداني، الفريق الطبي الميداني، والفريق الطبي المتخصص. الفريق الميداني يتكون عادةً من عناصر الدفاع المدني ويُدرَّبون طبيا بما يضمن عدم تعريض الحياة للخطر. الفريق الطبي الميداني يهتم بالمساعدات الطبية الحيوية ويُحوِّل الباقي إلى الفريق المختص في المستشفيات حسب بروتوكولاتٍ مدروسة مسبقا. العنصر الحاسم في احترافية الفرق البشرية هو التدريب والمزيد منه، وهنا يمكنك أن تتألق. المشاركة الفعالة في كل الكوارث شيءٌ ضروري، لكن التدريب الأسبوعي

سيصقل المهارات ويظهر العيوب ومواطن الخلل.

المعدات تختلف باختلاف كل مهمةٍ، وسيُظهر التدريب ما هو أساسي مما هو غير عملي. من أكثر الدروس التي تعلمَتها فرق الإنقاذ من تسونامي اندونيسيا هو طرق التخلص من الجثث أو حفظها، فلقد ذهبوا بدون ثلاجاتٍ أو أفكار. الأرض مغمورة بالمياه ولا يمكن دفن الجثث أو حتى حرقها بينما تطفو الآلاف منها على سطح المياه وينبغي منع تعفنها وانتشار الأمراض. هذا الدرس وأمثاله الكثير يتم تعلمها مع كل كارثة. وأخيراً أصعب مِحورٍ وهو اتخاذ القرار الصحيح من البداية؛ فحياة من دفنوا تحت زلزال تعتمد على أول إجراءٍ تتخذه. هل تنشئ مناطق آمنة؟ أم تبدأ الحفر؟ أم تبني المستشفى الميداني؟ كل هذه القرارات عِلمٌ يدرس على أسس معروفة ومثبتة.

لنتصور الآن اجتياح وباءٍ لقرية ينتشر فيها كل يوم ضعف ما كان البارحة. ما العمل؟ إذا لم يكن عندك فريق تدخل بيولوجي فلسوف تفقد الكثير. مشكلة الكوارث البيولوجية أنها تمضي لعدة أيامٍ وأحياناً أسابيع بدون التبليغ عنها، بل وتتعمد إدارات صحية ومدرسيةٌ التكتم عليها مخافة العقاب أو لجهل ما ينبغي فعله. هذا يعطي المرض فرصة التمكن من العامة ويهدر فرصاً ثمينة لاحتوائه، بخروج الحاضنين من منطقة الإصابة والانتشار في ربوع بلدك. كما أنه يعطي الوباء السبق إن كانت فترة الحضانة طويلةً، وبالتالي الفتك بعددٍ أكبر وربما بالمرضى في المستشفيات وبالرضع. كل هذا مدروسٌ ومطبق في العديد من البلدان وينبغي عليك تطبيق ما يطابق طبيعة بلدك وتطويره.

طبعاً بافتراض أن الكوارث تحتاج إلى تخطيط عميق، أنت ما زلت غير قادر عليه، فإنه من الواجب توفير القدر اليسير من الاهتمام بالفجائيات من الأحداث التي باتت تعد عندنا في عرف المألوف ولكن بعددٍ كبير من الضحايا. أنزعج كثيرا إن طالعتنا الأخبار بمقتل العشرات نتيجةً للتدافع الكبير في افتتاح متجر لمفروشات أو مطعم شهير. يبدأ الأمر بترويج وهدايا لأول 50 أو 500 زائر تطأ أقدامهم المكان. تُفتح البوابات فيندفع الناس خانقين بعضهم البعض أثناء الدخول بشكلٍ عشوائي. نعم ليس بوسعك منعهم، لكن يجب عليك عدم إهدار الوقت ببعث سيارات إسعافٍ تجوب أنحاء البلدة ذهابا وإيابا، بينما بإمكانك إرسال وحدة تدخل سريع طبية لتحل كل الإصابات في الموقع ذاته وتمنع انتقال الجرحى إلى عداد الموتى.

هناك نقطةٌ أخرى أود مشاركتك فيها وهي الشفافية في التعامل مع ما تم ويتم بشأن الأوبئة والكوارث. ففي حين نقوم نحن بالتعتيم على الأرقام والحقائق، يتم تناول الموضوع بالكثير من الشفافية عند الدول المتحضرة، برغم تأثير كل ذلك على المزاج العام وصولاً إلى سعر الصرف ومعدلات السياحة. التعامل بشفافيةٍ يشعر الناس بالمسؤولية، ويسمح لمن يمتلك حلّاً بالتقدم ويخدم إلى رفع الوعي

عامّةً للتعامل مع الكارثة الحالية والمستقبلية أيضاً. نحن حالياً نعلم بتفشي الكورونا (نفخر بتسمية منظمة الصحة العالمية للمرض بـ "متلازمة الشرق الأوسط التنفسية") في أحد بلداننا، ونَسمع بإغلاق أقسام بل مستشفيات عدة، لكن لا أرقام ولا معدلات ضمن منظومةٍ من الصمت، بينما في كوريا الجنوبية تعلن وزارة الصحة عن الحالات الجديدة يوميا، كما قام البنك المركزي عندهم بتخفيض سعر الفائدة الرئيسي بمقدار 25 نقطة أساس إلى 1.5% ليعادل تأثير الإعلام على مقدرات الدولة، مما يشعرك بالقيام بكل اللازم وما يعنيه تكاثف وزارات الدولة ككل.

يجدر بي إذاً ضرب مثالٍ على كفاءة أداء الدول في السيطرة على الأوبئة، فبحسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية فإن من بين الدول الثلاث الأكثر تضرراً بالفيروس إيبولا (غينيا وسيراليون وليبيريا). تأكد خلو ليبيريا تماماً من فيروس إيبولا، وذلك بعد مرور 42 يوماً (فترتي حضانة متتاليتين) على دفن آخر حالة مصابة بالمرض، بينما حالات الإصابة سجلت ارتفاعاً حادا في غينيا وسيراليون. الوباء سجل ما لا يقل عن 26628 حالة إصابة، فضلاً عن تسجيل أكثر من أحد عشر ألف حالةِ وفاةٍ وذلك منذ أواخر 2013؛ نفس الفيروس، نفس المساعدات الدولية، لكن مع اختلاف المساعي الحكومية وإجراءات السفر والحجر. انتهى الوباء تماماً ضمن حدودٍ سياسيةٍ بحتة وبقي بل انتعش حتى اليوم في البلدين الآخرين. كما أنه تم اكتشاف حالة جديدة في مايو/أيار 2015 (بعد سنة كاملة من انتهاء الوباء في ليبيريا) لكن تم التعامل مع الكارثة بكفاءةٍ منقطعة النظير لتبقى ليبيريا خالية من الايبولا حتى تاريخ كتابة هذه السطور، ومازالت الجارتان الغرب أفريقيتان تعانيان.

كنت سأُحدِّثك عن أهمية وجود أنظمةٍ احتياطية لتحلية المياه عند الكوارث والأوبئة حيث تكمن أول إجراءات الحفاظ على الحياة. كما كنت أود أن أسرد لك الكثير من التفاصيل المتعلقة بكل كارثةٍ على حدة، لكنني أترك ذلك للمتخصصين وأكتفي بما ورد من قبل. لكن قبل أن أختم هنا، أحببت أن أعرض عليك نائبةً من نوائب أحد وزراء الصحة عندنا، حيث لم يجد العدد الكافي من الأطباء للقيام بفحص القادمين إلى دولته العامرة - ابتداءً برجال الأعمال وانتهاء بطواقم سفن الشحن - في أقسام الحجر الصحي، فأمر بتعيين أطباء حديثي التخرج من كلية الصيدلة! كيف يستطيع صيدلي فحص وتشخيص وباءٍ أو مرض كامن لعابر حدود - لا يشتكي من علة - على عجالة؟! كيف يمكن تسميته بالحجر الصحي إذا كان القائم عليه متخصصاً بالعقاقير لا بالطب وأساليبه؟! وأخيراً من يجب أن يحاسب هنا على التقصير الخطير إن عَبَرت جرثومةٌ جديدة - بغير مناعة سابقة - حدودك لتفتك بالآلاف من أبناء شعبك لأنك اخترت توظيف الشخص الغير مؤهل، لا لسببٍ إلا أننا نناديه بدكتور؟!

الكشف المبكر

في عالمنا العربي عادةً ما يعيش الشعبُ مشغولا بجني لقمةِ العيش، لذلك يهاب المرض لأنه يهدد استقراره الاقتصادي الهش. هذا هو أحد الأسباب في عدم انتشار ثقافة الكشف المبكر. السبب الثاني قد يكون الخوف من طمع الأطباء، حيث يظن العامة بأن الأطباء يبحثون - بوسائلهم الخلاقة - محاولين خلق مرضٍ من العدم، بدل مداواة مرض موجود أصلاً. سبب آخر يتعلق بتقصير وزارات الصحة في توعية الناس بأهمية مثل هذه الحملات، والوسائل في تخفيف المرض والمعاناة. مشكلة الكشف المبكر أنه يُجرَى على أناسٍ معافين صحيّاً، بل وغير معنيين بالمرض نهائياً، مما يفسر بعض حالات الانزعاج عندما يتم اكتشاف مرض كامن وكأنما تم زرعه وليس اكتشافه.

إذاً الهدف الأول من الكشف المبكر هو التوعية بالمرض وبالصحة عموماً. الهدف الأساسي لوزارتك هو استئصال المرض قبل حدوثه، مما يقلل من المصاريف العلاجية، ويضمن إنتاجية المريض، وتقليل معاناته الناتجة عن المرض. كما أن كل حالةٍ يتم الكشف عنها تساهم في انتشار الوعي الصحي - بين أقارب المريض - مؤدياً إلى مجتمعٍ واعٍ. تحب وزارات الصحة العمل في حملات الوقاية بأسلوب النبضات المتقطع؛ ميزانياتٌ تُرصد وجموع تُحشد وتغطية إعلامية تكفي بالكاد لإشعار من هم بالأعلى في السلم الوظيفي بأن شيئاً ما يتم عمله مع إشراكٍ محدود للناس (غالباً الشباب). وهذا جيد في حد ذاته، لكنه غير مُجْزٍ في جعل الوقاية أسلوب حياة. الغرض عندك يكون في ربط أنشطةٍ اجتماعية بوسيلة وقاية معينة لفئة معينة وإليك بالأمثلة: الكشف المبكر عن سرطان الثدي، حتى وإن كان من أولويات وزارتك، فلن تبادر الكثير من النساء لنزع ثيابهن لمجرد إعلانك عن تواجد جهازٍ للكشف. ولكن إن أسندته إلى نشاطٍ نسائي يتكون من مريضات سابقات وسيدات مجتمع، بل وناشطات حقوق المرأة، فلسوف يتبلور عندك كشف مبكرٌ ونادي اجتماعي ومنبر نسائي صحي، وأخيراً مجموعة دعم لمن فقدن عزيزات عليهن أو أثدائهن، كل ما يحتاجون إليه هو جهاز الكشف المبكر والقليل من الدعم الفني والمادي. نفس الشيء يمكن دمجه مع فحص عنق الرحم إذا وُجد مختبرٌ متخصصٌ وممرضات مدرَّباتٌ لأخذ العينة.

طبعاً يختلف الكشف بانتشار المرض عند مواطنيك، لكن من الممكن تماماً ترغيب الناس في الكشف إذَا وُجدت حوافز. فمثلاً إذا تقدم الناس لكشفٍ يحصلون على إجازة من العمل ذلك اليوم، أو إعفاء من رسوم تجديد بطاقة الهوية، أو حتى كوبون بسيط لمشترواتٍ من متجر يومي أو مُجمَّع تسوق. كل هذا لا يكلفك شيئاً ويُرَغِّب الناس (ضمن الفئة العمرية أو المرضية المستهدفة). جرِّب سحباً على أجهزة كهربائية كل يوم، وستحتار في كيفية التخلص من الحشود. إن كان من الصعب ترغيبهم ماديا، فمن الممكن الذهاب إليهم سواء في العمل بالتنسيق مع المؤسسات الخاصة والحكومية، وهذا بالتأكيد ما يحصل في المدارس. كما يمكنك زيارة مجمعات التسوق والتجمعات الاجتماعية والأندية. يمكنك أيضاً الجمع بين برنامجين أو أكثر بتنسيقٍ مدروس، فمثلاً كل مريض سكر يجرى له

تصوير الشبكية، ويتم أخذ عينة لفحص سرطان البروستاتا إن كان رجلاً، وتصوير للثدي إن كانت امرأة. مع الوقت وتقدم أنظمة التقنية عندك ستعرف من أجرى الاختبار ومتى، حتى تتجنب التكرار وضياع الموارد. كما أن الإحصائيات ستخبرك بنقاط تَجَمْع نتائجَ لتحسين عملية الكشف المبكر، فمثلاً إن تبين أن عِرقا عندك يعاني من المياه الزرقاء كما هو الحال عند ذوي البشرة الداكنة أو من أصولٍ أفريقية فعليك التركيز عليهم. الجيد في مثل هذه البرامج أنها تتحسن في اكتشاف المرض بالخبرة، بل وربما تسهم في علاجه.

الْفَصْلُ التَّاسِعُ:

قَضَايَا صِحِّيَّةٌ

خلال عملك كوزيرٍ ستعترضك العديد من القضايا الشائكة، وبالتالي الكثير من الاختيارات المصيرية، وأقل ثمن سيكون حياة إنسان. هنا تكمن الصعوبة؛ فما على المحك كثيرٌ ولذلك ارتأيت أن أشاركك في بعض القضايا الصحية التي تحتاج إلى تدخل حاسم. لا يوجد عندي نصحٌ معين في كل جزئية دقيقة من هذه المواضيع، لكني أرجو أن تكون سلامة فطرتك وتمسكك بمبادئك خير معين لك.

غسيل الكلي

إذا طُلب مني اختيار شيءٍ واحد فقط يدل على اهتمام الدولة برعاياها صحيّاً، فلسوف يكون وحدات غسيل الكلي. أنا أزعم أن كل مريضٍ بالفشل الكلوي قد غسل كل ما عليه من سيئات واكتسب من الحسنات ما يؤهله لدخول الجنة بغير حساب. ذلك أن كمّ المعاناة عظيمٌ، وفي بلادنا لا يوجد الكثير من المواساة، بل يتمنى بعض المسؤولين موت هؤلاء اليوم قبل غد. لا يوجد حل للفشل الكلوي المزمن إلا زرع الكلي وهذا غير منتشرٍ عندنا، فنضطر للجلوس ساعات طوال كل يوم أو اثنين أو ثلاثة بصحبة هذه الآلات لتبعث فينا الصحة ليومٍ أو يزيد، ثم يرغمنا الجسد المتهالك المثقل بالنفايات على العودة للمعاناة من جديد. لا يمكن لأي وصف أن يُلخِّص لك حال هؤلاء المنكوبين وعليك زيارتهم لتفهم ما أريد قوله. الوزارة تتكلف الكثير في سبيل العناية بهم، بدءاً من ثمن الآلة مروراً بالعناية والمستهلكات، وانتهاءً بتكاليف معالجة المضاعفات وتدوير النفايات. لكل هذه الأسباب اخترت غسيل الكلي بالذات كمعيار.

غنيٌ عن الذكر إذاً كمية المال الذي تتكلفه هذه الوحدات، وهنا ستواجه أول تحد: هل ستُوجِّه المال تجاه غسيل الكلي؟ أم لمواجهة أمراضٍ أشد إلحاحا؟ هل ستنشئ وحدات جديدة تحت كل هذا الضغط؟ أم ستجبر الناس على الاصطفاف أمام الآلات؟ هل ستدفع رواتب زيادةٍ لمن يعتني بهم؟ أم ستقلص النفقات لسد العجز وترسلها إلى وحدات أكثر إنتاجية؟ سيتضح لك أن أصل الخلاف هنا مادي بحت، وما يجب بحثه هو كيفية حله. ربما تكون بعض الوسائل الخلاقة كفيلةً بالحل بدءاً بتوعية المجتمع بمعاناة هؤلاء، مروراً بتمرير بعض مداخيل الدولة لتصنيع مكونات الغسيل الكلوي. هل كنت تعلم أن كل ضرائب القمار واليانصيب في فرنسا تذهب للقطاع الصحي؟

بدراسةٍ بسيطة للتكاليف اللازمة يتضح أن الأجهزة غير مكلفة إطلاقا وقليلة الصيانة، ذلك أنها عبارة عن محركات كهربائية صغيرة تدور لتحرك الدم من وإلى الفلاتر ثم إلى المريض مرةً أخرى. تشكل الفلاتر والمحاليل والأنابيب العبء الأساسي، وتحتاج للتبديل مع كل دورةٍ، لكن ضعاف النفوس يقومون بإعادة استعمال أحدها أو كلها لتتلوث كل الآلات ودماء المرضى بكل أنواع العدوى والفيروسات. هنا يجب أن أسألك: لم لا ننشئ مَصنعاً لكل هذه المستهلكات بحيث يصبح ثمنها أغلى قليلا من التراب؟ وتقتل

عصابات تقتات على تسميم مواطنيك؟

كما تُشكِّل التحاليل لنسبة التخثر والزراعات الميكروبية الروتينية بعضاً من التكاليف، لكننا تكلمنا بما فيه الكفاية عن المختبرات المركزية سابقاً. أرجو أن تكون قد تفهمت أسبابي لجعل غسيل الكلي أول مقياسٍ لنوعية الصحة عندك، لأن كل جزئية مما سبق يمكن حلها بعشرات الوسائل إذا خَصصت جزءاً من وقتك وجهدك لقضية في غاية الأهمية كهذه.

الطوارئ

تشكل المشاكل الصحية الحرجة فرعاً مستقلا بذاتها؛ فالحوادث في البيوت كالحريق والإصابات بآلات حادة والصعق الكهربائي تختلف قليلاً عن تلك الصناعية، وأخيراً حوادث الطرق والطوارئ الطبية كالسكتات القلبية والإغماء والصرع وغُيَّب السكر ارتفاعا وهبوطا. كما أن الطوارئ الجراحية تحتاج أيضاً إلى التشخيص المبكر للحفاظ على حياة المريض. حسناً ما وظيفة الإسعاف أساساً غير نقل المريض من موقع الإصابة إلى المستشفى؟ سيارة الإسعاف ليست وسيلةَ نقلٍ ببوق تنبيه عالي؛ إنها وسيلة إنعاش وتَدَخُّل حيوي سريع، إنها وسيلةٌ تشخيصيةٌ وجمع معلومات متقدمة. عندنا تُدهن سيارات نقل الركاب بعد إزالة الكراسي وتثبيت سرير وأضواء وتسمى إسعافاً. تخيَّل أن سيارات الإسعاف عندنا تفتقد حتى لبروتوكولات نقل المصابين وأجهزة تنظيم ضربات القلب. في بعض دولنا العربية يتم الاتصال بسائق الإسعاف عن طريق هاتفه الجوال، بينما شاحنات نقل الإسمنت في نفس الدول تستخدم منظومة اتصالٍ لاسلكي وتحديد مواقع وخارطة سير متغيرة حسب الاحتقان المروري. في فرنسا يقوم باستقبال مكالمات الطوارئ الصحية طبيبٌ ليقيم شكواك (أو يقرر أنك تتمارض) ويُوجِّه الفريق المناسب بعربة الإسعاف المناسبة وعلى متنها طبيب مختص بعلاج حالتك، فإسعاف التوليد غير المخصص للذبحات الصدرية، غير ذلك المعني بالتسمم أو الإصابات الصناعية. يبدو أنهم يريدون بالفعل إنقاذك لا مجرد توصيلك كأي تاكسي عادي للمستشفى!

حسنا وصلت سيارة الإسعاف وألقت بالمريض إلى طاقمٍ طبي ليبدأ من أول السطر معرفة ما حصل وكأنه جلب للمستشفى بحافلة نقل عام. لا محاليل عُلِّقت ولا تخطيطات أُجريت ولا حتى قراءات حيوية أخذت، وبالتالي ضياع وقت ثمين لمحاولة إنقاذ حياة. خدمت في عدة وحداتٍ للطوارئ في دولٍ عربية مختلفة ورأيت العجب العجاب؛ فالفوضى سيد الموقف بلا منازع؛ أَسِرّة مملوءة بالمرضى والمتمارضين، وذووهم يجوبون الردهات بحثاً عن طبيب يعمل كتقني ليركب أسلاك فحص القلب لهذا، ويشد سرير ذاك ليحصل على أشعةٍ تثبت أو تنفي الكسر. بعد ساعتين على الأكثر من إضاعة وقته وتركيزه في هذا السيرك، يبدأ الطبيب بارتكاب

غلطاتٍ قاتلة؛ بدءاً من أدوية خاطئة بجرعات غير محددة، إلى تسريح كل من يأتي بمسكن ولو كان على وشك الموت. بعد أن تنتهي نوبته يغادر تاركاً المكان بلا طبيب، لأن من يفترض به القدوم تأخر لسبب أو آخر. لا تعجب إذاً أنه من الأفضل أن يموت الإنسان في بيته بدل تجشم عناء القضاء في وحدة الطوارئ، هذا هو الروتين الطبيعي فما بالك عندما تنضاف مصيبةٌ إلى ما نحن فيه!

حصل ذلك في يوم قرر مسجدٌ قديمٌ الانهيار على رؤوس المتواجدين في صلاة عيد، وكنت من أول الواصلين إلى قسم الطوارئ ذلك اليوم كطبيبٍ متبرع. بعدما مات كل من وصل إلى قسم الطوارئ في آخر اليوم وانقشع الغبار بدأ كشف الحساب؛ لم يتواجد أطباءٌ على الخدمة، ومن كان فقد أطفأ هاتفه وانسل ليقضي العيد مع أسرته، كما أن الصيدلية المركزية كانت مغلقة وضرورية لصرف كمياتٍ أكبر من السوائل والأدوية الوريدية. الطامة الكبرى أن بنك الدم كان خاليا ولم يكن هناك سجل لاستدعاء المتبرعين؛ كانت مجزرةً بمعنى الكلمة. جاءت لجنة من الوزارة لتقييم الموقف وقررت بعد طول بحث أن الجميع مخطئون، والعقاب هو خصم ثلاثة أيام من الراتب الشهري للكل. لم تحصل مراجعةٌ للقواعد ولا تغيير للبرتوكولات ولا حتى إقالة رئيس القسم، كأن الوزارة كانت تهدف إلى توفير مرتب ثلاثة أيام لا معاقبة المسؤولين وتفادي مثل هذه المجازر مستقبلا! صعوبة القرار نابعةٌ من الإهمال الجسيم وقصور التخطيط والتنفيذ معاً، فبرأيك من يجب أن يعاقب هنا؟

نفس الشيء يمكن أن يُقال عن غرف العناية المركزّة في كافة المستشفيات، سواء العام منها أو الخاص في بلادنا، فدفع مبلغٍ أكبر مقابل الخدمة لا يعني أن الغالي ثمنه فيه. فإحصاءات النجاة والتحسن الوظيفي والحيوي متساويةٌ تقريباً ومحبِطةٌ بشكل عام. تعميمي هنا لا يشمل كل بلداننا العربية، وأعرف مراكز متخصصةً تماثل نتائجها تلك العالمية، لكننا نتحدث عن دور الوزارة في تحسين السيّئ ومعاقبه المخطئ والتعلم من كل تجربةٍ مريرةٍ راح ضحيتها أبرياء.

في الدول الغربية وتلك التي تحترم مواطنيها، يتم وضع تقييمٍ لخدمات الطوارئ، بل التنافس في البنود التالية: سرعة وصول الإسعاف بعد تلقي المكالمة من المريض، ثم سرعة توصيله إلى أقرب قسمٍ للطوارئ، مقدار الوقت الذي يمضي حتى يُكشَف عليه - بعد وصوله - من قِبل موزع الحالات أو المصنف الأولي (الترایاج)، الوقت المستغرَق حتى رؤية مختص في قسم الطوارئ، الوقت الذي يحصل فيه على سريرٍ إذا تقرر احتياجه ثم إلى جراحة إذا تطلب الامر، نسبة الوفيات من عدد الأحياء الواصلين للقسم، وأخيراً نسبة رضاء المرضى عن الدعم المقدم خلال المحنة. يجب أن يعمل الكل في تناغمٍ مدروس للرقي بالنسب عندهم.

بما أنك طبيبٌ فأنت تدرك مثلي أن مهنة طبيب أو جراح الطوارئ هي ذات ضغوطات عالية على نفسية الطبيب، وتحتاج تأهيلاً خاصّاً لا انتداباً من الأفرع الأخرى للطب كما نفعل حاليا. إن تواجد طبيب العظام في الطوارئ لا يجعله مختصا بالتشخيص للحالات

الجراحية الأخرى، ولا خبيراً في التعامل مع أهالي المريض، ولا كُفؤاً بالضرورة عندما يعمل قبل الفجر في مواعيد نومه المعتادة. كما أن أطباء التخدير الذين يُزَجُّ بهم في غرف العناية الخاصة يعانون الأمَرَّين، وعادة ما يصابون بالإرهاق وخاصة مع نوبات العمل الطويلة. غالباً إذا مرض الطبيب مات كل من كان تحت رعايته، لأن جدول التناوب لا يتحمل أخذ أحدهم لإجازةٍ أو حتى التغيب بسبب المرض العارض. وهنا يجب أن نلقي نظرةً فاحصة لقلة من ينتمون إلى هذا التخصص عندنا. السبب الأساسي يكمن في قلة العائد المادي بالأساس، فلا نقود مباشرة لقاء خدماتٍ طبية معتادة، وبالتالي فلا يستطيع ممارسة الطب في عيادة. هنا نجد أطباء الطوارئ والتخدير يتركون مجالهم إلى مجالاتٍ أخرى أكثر اجتذابا للمال؛ كطب الألم وفقدان الوزن ودور العناية بالمسنين ذات الخمس نجوم وخلافه.

قبل أن نترك هذا الموضوع ينبغي أن نناقش سياسةً متبعة بالغرب تم تحريفها عندنا لتنتج المزيد من العبث: إنها قاعدة التداوي المجاني لحالات الطوارئ في خلال الأربع وعشرين ساعةً الأولى. تبدأ القصة بتشريع من مجلس الشيوخ (الكونجرس) في الولايات المتحدة الأمريكية لسنة 1986 يلزم المستشفيات المتعاملة مع نظام التأمين الصحي الحكومي (ميديكير) بتقديم العون والعلاج المناسب لكل الحالات الطارئة المتقدمة إليها بدون تفريقٍ بين الجنس أو الجنسية أو الحالة التأمينية حتى بدون أوراق ثبوتية. التشريع يأخذ في الحسبان أن ميديكير تمثل 45% من مجمل الصرف على العلاج في الولايات المتحدة، وهذا مبلغٌ هائل فمعظم المستشفيات تتعامل معها. لا توجد تعويضاتٌ عن الخدمات المقدمة وتعتمد الحكومة على مساهمة المستشفيات في الجهد الشعبي لإنقاذ الحياة نظير التعامل مع ميديكير.

بدأ الغرب يتبنى نفس المنظومة بالعديد من المزايا للمستشفيات التي تساهم في تحسين خدمات الطوارئ طواعيةً، أو بتعويضات رمزيةٍ وبتفضيلات بلدية. يجبر القانون المستشفيات بإجراء كشف طبي قياسي لتقييم هل الحالة "طوارئ" أم لا. إذا ثبت احتياج المريض لإجراءات الطوارئ فِعلاً يعالج لمدة 24 ساعة مجانا أو حتى تستقر مؤشرات حياته. بعدها يُخيَّر بين المغادرة أو البقاء بأجر، والشق الثاني هو ما يبرر لبعض المستشفيات تقبل القانون والمساهمة في تخفيض العجز الناتج عن اليوم الأول. النظام ما زال معمولاً به حتى تاريخ تحرير هذه السطور ويسهم بفاعليةٍ في توفير خدمات طوارئ مميزة للكل.

جاء عندنا وزراءٌ قاموا بتبني القانون دون موافقة من أي مجلس تشريعي، وفرضوه بقوة الذراع لهدفين: تحميل المستشفيات الخاصة أعباءَ الطوارئ لأن الحكومية منها شديدة النقص في الأطباء والتجهيزات، والثاني نَسَب الفضل إلى الوزير. لا يوجد قانون مُلزم عندنا، ولا تأمين حكومي يُدفع للشركات، ولا تعويض حتى بقدرٍ ضئيل، كما لا توجد طريقة لإرغام المريض على الدفع إن تجاوزت إقامته اليوم المقرر. كما أن لجوء المرضى إلى أقسام الطوارئ بأعراضٍ شبه طارئة مطالبين بالعلاج - كمغص البطن والولادة المتأخرة

الطبيعية وكسورٍ قديمة بالعظام وفشل كلوي لمريض يحتاج لغسيل - دفع بالمستشفيات إلى رفض القانون واعتباره بلطجة حكومية.

لجأ وزراؤنا الأعِزّاء إلى إلهاب وتهييج الشعب على المستشفيات والأطباء بدل تحسين ما يقع تحت يديه بالفعل من مستشفيات. أَخَذ الناس على عاتقهم تنفيذ القانون بتخريب أقسام الطوارئ والتعدِّي على الأطباء لتلجأ المستشفيات إلى الاستعانة بالحرس الخاص، وتحول المجتمع إلى غابةٍ كُلٌّ يأخذ حقه بيديه. ولكي لا تتحامل علي، فأنا من المؤيدين للعلاج المجاني للطوارئ في كل المستشفيات، مجانا للمريض، لكن يجب على الوزارة تحمل التكاليف. أنا حتى مع خصخصةٍ محدودة لأقسام الطوارئ حيث يتحمل المستشفى تكاليف اليوم والليلة الأولى ويتحمل التأمين الحكومي نصف المتبقي بعد ذلك، ويُخيَّر المريض في دفع النصف الآخر أو الانتقال إلى مستشفى آخرٍ حكومي. أنا مع مساهمة الجميع من أجل إنقاذ حياة الإنسان، بغض النظر عن أي شيء غَيْرِ وضعه الصحي. الحق أن القليل من الناس سيعمد للاحتيال والادعاء بالمرض الطارئ إن توفرت لهم خدماتٌ طبية جيدة طوال العام. هنا نرجع لبيت القصيد وهو إهمال ما بيد وزارتك أوّلاً برغم امتلاكك للمقومات.

العلاج بالخارج

من أكثر المواضيع جدلاً عندنا: هل نضحي ببعض المرضي لنُحسِّن الطب عندنا؟ أم نبتعثهم للعلاج الباهظ بالخارج؟ حسنا دعنا نسأل سؤالا آخر: هل مِن الأجدى صرف المال على مائة من المرضى في بلدنا؟ أم صرفه على شخص واحد بالخارج؟ ماذا لو كان هذا المريض شخصيةً عامة، سياسية أو ممثل مسرحي مشهور أو حتى أبا لصديق لك؟ كل هل الأسئلة تعتمد على معيار أخلاقي بالأساس. ولا تظن أن ما أقول نسج من الخيال؛ فدولةٌ عربية كبرى كانت تصرف بدل غربة ومعيشة (عدا مصاريف العلاج) في الولايات المتحدة الأمريكية لزوجة وزير صحة - وهو على رأس وظيفته - بواقع ستين ألف دولار شهرياً!

بسبب الحالة المتردية للطب عندنا أصبح كل شخصٍ برتبة "ما فوق المواطن" يجب أن يعالَج - ولو كان الأمر بسيطا - بخارج الدولة، خاصّةً مع انتشار قصص رعبٍ عن أناس دخلت المستشفى بكحة وخرجت مكفنة بعد عدة أيام. لكننا لو افترضنا أن العلاج لم يكن على نفقة الدولة، فهل سينفق الشخص المهم نفس المال على صحته؟ الجواب هو: ربما! ولكن المؤكد أن بعض الأصحاء أيضاً يذهبون للتسوق على نفقة وزارة الصحة تخليصاً لدين بعنق الوزير أو تلبية لدعوة عزيز. في مثل هذه الحالات لا ينفع وضع المزيد من القيود على إجراءات السفر لأن أُولِي الحل والعقد بإمكانهم تخطي كافة عقبات الدولة الإدارية بينما ستصعب على عامة الناس الحصول على الخدمات.

لكن ما هي الأمراض التي يجب عليك إرسالها للعلاج بالخارج؟ يُشكِّل السرطان وزراعة الأعضاء النسبة العظمى، بينما يتكون الباقي من أمراضٍ عصية على التشخيص؛ كنقص الخمائر، أو وراثية تحتاج لبحث جيني معقد لا يتم عندنا. وبرغم وجود الكثير من المستحقين فإن الفساد أصبح ينخر في جسد الوزارة، وثبَتَ وجود بعض من يسهلون سفر المرضى بتقييم العلاج بأضعافه واقتسام المبالغ مع المرضى. كما ثبتت إقالة وزير صحةٍ في دولة نفطية بعد شهر من سحب سلطة "البعثات الخارجية" من وكيل مساعد للوزارة.

هنا يجب أن نسأل: كيف يمكن استغلال المبلغ المصروف - ملايين حتى بأفقر دولنا - لتأسيس المراكز الصحية المتخصصة عالية الجودة وتأهيل الكوادر وجلب السياحة العلاجية؟ الجواب هنا ليس سهلاً، ولكن الكيفية معلومةٌ بالضرورة لدى أهل الاختصاص.

خدمات المعاقين

قد تستغرب إفرادي المساحة لمثل هذه القضية، فالأصحاء المعافون عندنا يرتع المرض والجهل في أجسادهم فكيف نهتم بالمعاقين منا؟ عندما تهتم الدول فعلاً بإنتاجية الفرد وبمدى رفاهيته وسعادته، يجب أن تكون هذه الفئة مدمجةً في النظام الاجتماعي والوظيفي ككل. عندنا يُعزَلون حتى شعبياً، ويتعلم صغارنا الاستهزاء بهم في النكات أو حتى إيذائهم جسديا. ما يجب أن نعترف به أننا أنفسنا معوقون في تعريف الإنسان وما يمثله في مجتمعاتنا. التعميم هنا للعبرة ولا يشمل الطبقات المثقفة. تصور أن عائلاتٍ بأكملها تَسَمَّت بِسِماتٍ هي أقرب إلى الشتيمة منها إلى الاحترام، بسبب العقلية العربية في تمييز الغير حتى لو بالنواقص. من هنا يجب أن نبدأ بتعريف من هو المعاق. إنه أخوك الذي أصبح يحتاج إلى عنايتك، أو مساعدة الدولة في جزءٍ من أجزاء حياته. إن طبيباً مثلنا لو أصبح مُقعداً بسبب رعونة سائق مخمور، لا يعيبه أي شيء حتى لو اعتمد على كرسي متحرك، كما أن مديرا كان الآمر الناهي في شركته لن يؤثر على كفاءته عمى الألوان أو حتى فقدان البصر تماماً. نعم حياتهما لن تستمر كما كانت بالماضي، ولكنها ستستمر أيّاً كان بقليلٍ من التعديل.

هنا أضرب مثلاً من واقع ممارستي حيث زارني شخص فَقَدَ بصره نتيجة تلفٍ كاملٍ للشبكية ولا يُرجى علاجه، كان يعمل بائعا في محل إلكترونيات كبير. عندما فَقَدَ بصره مكث ببيته أسبوعاً ثم عاد للعمل. توقف بجانب قسم معين وبدأ يسأل من يشعر بتواجده إن كان باستطاعته المساعدة، هنا أصبح يشرح للمشتري مزايا وعيوب الأجهزة مقترحاً الجهاز المناسب لمتطلبات العميل، حيث أنه يحفظ كل هذا عن ظهر الغيب. وكلما جاء جهازٌ جديد أملوا عليه مواصفاته ليُقيّمه بخبرته ويقوم بإرشاد المشترين تباعا. يقول هو متندرا أن القليل فقط من الزبائن يدرك أنه فاقدٌ للإبصار؛ لأنه يتحرك بخفة في أرجاء المحل نتيجة حفظه للمكان عن ظهر غيب، ويعلم أين

يجب المشترون الوقوف، وأين يمكن المناورة بين الأجهزة. أخبرته أنني معجب بإصراره، فأضاف أنه يعتمد في كل شؤونه على نفسه يوميّاً - بما في ذلك حلاقة ذقنه - والتسوق من متجره المفضل. لم يسمح لي باصطحابه خارج العيادة ممسكا بيديه قائلا فيما معناه أن العمى عمى البصيرة لا البصر!

يجب أن يبدأ الوعي المجتمعي لمساعدة هؤلاء بتغييرٍ في التسمية أولا؛ فلا المعاق بصريا يسمى بالأعمى (بل بالكفيف)، ولا قليل السمع بالأطرش (بل بالأَصَمّ) ولا المُقعد بالكسيح، ولا حتى مريض متلازمة داون بالأهبل، أو المجنون أو المتخلف. استعمال مصطلحاتٍ تدل على النقيصة يشجع فئات المجتمع على نبذهم ونسج النكات حولهم. ما ينبغي أيضاً أن يدركه المجتمع أنه في عُرضة ليصبح في عداد كل من يحتقر بالأمس القريب، فما المرض ولا الحوادث ولا حتى الكوارث بأمورٍ نادرة عندنا، فشرقنا الأوسط ينتقل من حربٍ إلى أخرى. كما أن أعداد المعاقين أو الجماعات الأقل حظا أو الفئات المحرومة ليست قليلة بأي حال برغم قصر الاحصاءات. ففي ألمانيا يُصنَّف ثمانية في المئة من السكان (ستة ونصف مليون شخص) من ضمن من يحتاجون إلى المساعدة حتى تسهل حياتهم. ما نجهله أن المعاق يريد التحرر من قيوده المعيقة ويتمنى لو استغنى عن خدمات الآخرين. هذا هو الفرق بالمناسبة بين الطفل والإنسان البالغ، حيث يحتاج الطفل إلى المساعدة تناقصيّاً - بشكل أو بآخر - والتي تتغير بمراحل النمو حتى يصبح بالغا معتمدا على نفسه.

هنا نأتي لوضع هيكليةٍ تساعد هؤلاء على الشعور بأنهم أناس عاديون. يختلف النظام باختلاف الدولة، ففي ألمانيا والصين تتم إعادة التأهيل للدمج في سوق العمل المفتوح، بينما تسعى اليابان إلى الدمج في السوق المغلق، وتختلف إسبانيا جذرياً حيث تقوم مؤسسةٌ غير حكوميةٍ (ونس) بالتكفل بكامل أعباء الاعتناء بهم. يتأسس الهيكل بالتعرف على سد عجزهم كأناس أوّلاً صحيّاً، وتحسين ظروف معيشتهم ومن ثم السعي إلى إيجاد الوظائف. هنا يتهرب الكل؛ فكيف يُعطُون مالاً لمعاق بينما هناك بطالة عموماً في المجتمع ويمكن لصحيح معافى القيام بالعمل؟ تحتاج هذه المشكلة لحلول ذات مستويات متعددة: أوّلاً يتم تصنيف الإعاقة واختيار العمل المناسب لها. الأسهل مبدئياً مساعدة المعاق على ممارسة عمله السابق، فالطبيب المقعد يحتاج إلى الحركة ليرجع طبيعيا، ومن فقد سمعه يمكنه النظر إلى ما يقوله الآخرون على شاشة كمبيوتر، والمحامي يمكنه سماع الناس وتحويل المكتوب إلى مسموعٍ بالكمبيوتر إذا فقد بصره. أما إذَا كانت الإعاقة أعمق، أو لم يكن هناك تدريبٌ مسبق، فيمكن مُلاءمة الوظيفة للإعاقة. فالطبيب الذي فقد بصره يمكنه العمل في شركة تأمين صحي، مستشار هاتفي لمستشفى أو ناسخٌ لتقارير طبية بمساعدة كمبيوتر مختص.

في اليابان وألمانيا أرغمت الحكومة الشركات على تشغيل المعاقين بنسبة ستة في المائة من عداد الموظفين، وإذا لم تستطع الشركة توظيف هذا العدد تدفع مساهماتٍ ماديةً شهرية لإعادة تأهيل المعاقين. الطريقة الأولى تسمى التوزيع النسبي للحصص (الكوتا)

والثانية جبَايَة، رَسْم أو ضَريبَة. هنا ابتدأت الشركات بالبحث ضمن المعاقين على من هو أنسب لهم، وصارت قائمةٌ بالأعمال المتاحة للمعاقين تنشر أسبوعياً مشجعة ثقافة عمل المعاقين. في اليابان اختارت الشركات الكبرى بناء مصنع صغير لتجميع المكونات لا يعمل به إلا المعاقون حتى أصبحوا جيشاً صغيراً من العمال، هذا يسمى بالبيئة المغلقة. ويمكن أن يكون مليئا بالضوضاء لكن يتم تشغيل فاقدي السمع فيه. في ألمانيا يؤمن المشغلون بضرورة تواجد المعاقين بجوار البقية لمنع الانعزال، فيتم إعطاؤهم فرائض كتابيةً مثلاً أو إشرافية، أو لا تحتاج لإنجاز عاجل، كما أنها تكون قليلة الخطأ. يتفاخر الألمان بأنه من يَوَدُّ العمل كائناً من كان فسيجد عملا ملائما تماماً لما يحب ويهوى حتى لو كان معاقاً. في بولندا، فرنسا وبعض الدول الأوروبية تساهم الحكومة بجزء من راتب المعاق، فيصبح من المغري أن توظف الشركات ذوي الإعاقة لتوفير النفقات.

بعض المعاقين غير قادرين على الذهاب إلى العمل بسبب الإعاقة أو بسبب العناية الطبية الغير متوفرة في بيئة العمل، هنا حاولت الحكومات توفير دخلٍ مستمرٍ نابعٍ من العمل بالمنزل، وبذلك يتجنب المعاق أخطار التنقل والاستقرار الصحي في منزله ذي البيئة الثابتة. أبسط الأعمال هو الخدمات عبر الهاتف؛ كالدعم الفني، يليها خدمات الطباعة أو الاستنساخ الصوتي، ثم الترجمة والتدقيق اللغوي. إذا قمت بالتركيز على نقاط القوة لدى الشخص المعاق فلسوف تستطيع إيجاد وظيفةٍ له في منزله، حيث أن الأصحاء أيضاً باتوا يعملون من خلال الانترنت. هل تعلم بأن شركات الطيران ترسل كل سنة أطناناً من المستندات الورقية ليتم تدوينها إلكترونيا في الهند في مراكز تحوي مئات الشباب؟ لا يحتاج الأمر لأي خبرةٍ مسبقة سوى استخدام لوحة المفاتيح في الكمبيوتر.

ربما نظن أن كل ما سبق لا يمكن إنجازه في ظل المعيقات الحالية في بلادنا سواءً القانونية أو انعدام الإنتاج وقلة العمل، لكن كيف نفسر نقصاً في الأطراف الصناعية لجرحى الحوادث الصناعية أو ضحايا الحروب والحوادث المرورية؟ كل ما يلزم هو مصنع صغير قليل التكاليف ليسد حاجة بلدٍ بأكمله، وربما يشكل نواة لتطوير الأطراف الذكية أو تلك المزودة بمجسات للاستشعار، أو القادرة على القيام بحركاتٍ مبرمجة غاية في التعقيد. كم يؤلمني صورة لطفل غربي يبلغ الستة أعوام فاقد لرجليه ينظر بكثير من السعادة لرجليه الصناعيتين على مَرِّ السنين حيث تتطوران لتساعداه على الحركة بتطور التقنية، بينما يُودَع علماء عندنا عالم الإهمال والعالة لمجرد نقص أو عجزٍ في تزويدهم بما يناسبهم من الوسائل المساعدة كالأطراف والكمبيوترات.

يتمتع المعاقون والأقل حظاً منا بترتيبات مساعِدة؛ كتواجد مواقف قريبة تحمل شعار الكرسي المتحرك، وبطاقات خصم على الكثير من السلع. كما يتمتع بعضهم بتحويل المواصلات العامة لتتناسب مع طرق حياتهم، كوجود منحدرٍ للكرسي المتحرك عند بداية كل رصيف، أو أرضيةٍ خاصّةٍ ذات إيقاع صوتي مختلف عن الرصيف حيث يدرك فاقدوا البصر من مستخدمي العصي بداية الطريق ونهايته، أو إشاراتٍ للمشاة مزودة بصافرات لتعلن عن توقيت العبور للمشاة. هذا مستحيل عندنا مع وجود نماذج مشرفة في بعض

الدول، لأن جميع أجهزة الدولة يجب أن تتكاثف لإيجاد حلولٍ للمعاقين على جميع المستويات. الحق يقال أن خطط المقارنة بين أنظمة الدول وسياساتها وهيكليتها المالية بل وحتى التنظيمية ومصادر التمويل تملأ الانترنت مجانا، ويمكنك المزج فيما بينها ليناسب احتياجات بلدك بأقل تكلفة وأكثر ديمومة.

الحرب على التدخين

ربما تعرف أن هناك حرباً ضارية على التدخين، والكل تقريباً يعرف بأضراره، لكنك ربما لم تكن تعرف أنها ابتدأت في ألمانيا النازية تحت رعاية هتلر الشخصية بعد إقناع الأطباء الألمان له بوجود علاقةٍ وثيقة بينه وبين أمراض القلب لدى المدخنين. بعد الحرب العالمية الثانية سعى الغرب المنتصر إلى محو أي إنجازاتٍ للعهد النازي، وتم شحن التبغ لتوزيعه مجانا ضمن المساعدات المقدمة إلى ألمانيا بعد الحرب (خطة مارشال) لتمحو مع الزمن أي أثرٍ لتلك الحملات. في نهاية خمسينيات العقد الماضي تزعمت شركات التبغ الأمريكية الترويج بكثافة لمنتجاتها، وللتدخين كمتعةٍ وأناقةٍ ودماثةِ خُلُقٍ مستعينة بالأفلام والإعلانات التي يتصدرها المشاهير ونجوم المجتمع، حتى أنه في 1949 تم الإعلان بأن الأطباء ينصحون بماركةٍ مُعيَّنة دون أخرى من السجائر. في بريطانيا أُثبتت العلاقة للمرة الأولى بين سرطان الرئة والتدخين في عام 1954. استغرق الأمر عقداً بعدها قبل أن يرضخ "كَبيرُ الأَطِبَّاء" كرئيس إدارة الصحة العامة في الولايات المتحدة ويعلن الترابط رسميّاً عام 1964. استمرت حربٌ باردة بين ضحايا التدخين وذويهم في ظل تجاهل لوبي مصنعي التبغ في الولايات المتحدة حتى عام 1998 حين رُبحت الحرب قانونياً، وتم تعويض الملايين من الضحايا، ووُضعت التحذيرات على علب التبغ ونقصت الإعلانات بشكلٍ كبير. نتيجة لتلك التضييقيات انخفض عدد المدخنين في أمريكا من 42% إلى 20.8% تدريجياً حتى عام 2006 ثم إلى 17.8% في 2013.

أدت تلكم الاجراءات إلى بحث الشركات العالمية عن أسواق أخرى يسهل فيها التسويق وتَقِلُّ فيها المطالبات القضائية. من صميم الترويج للتدخين مَزْجُه مع عنصر الإثارة والتشويق حيث ينبغي أن تكون جذّاباً ومنطلقا حتى تدخن. نفس العقلية التسويقية التي اتُّبعت في أمريكا ولكن تم تحديثها لتتوافق مع ثقافة الشعب المستهدف. في أمريكا كان راعي البقر، لكن في اندونيسيا هو شابٌ محلي مفتول العضلات يقوم بالغطس الحر مصطاداً الأسماك ليُتَبِّلها على نار هادئة ثم يقوم باستضافة الكثير من الشباب من الجنسين ليبدأ السمر وتستمر المغامرة. تم تصوير الاعلان في اندونيسيا باستخدام ممثلين من نفس البلد بعد استشاراتٍ معمقة عن هوايات الشباب وصورة البطل عندهم. النسخة الروسية غير تلكم الأفريقية. إنه إبداعٌ في تصميم الشخصية بما يسمح بالتوغل داخل السن الصغير لينشئ زبونا دائما، وربما هذا ما يفسر ازديادا بنسبة 3.4% كل عامٍ في نسبة المدخنين في دول العالم الثالث. هل تعلم أن أشهر أربع شخصيات راعي البقر (الكاوبوي) الذين أَفْنَوْا حياتهم كأبطالٍ لإعلانات التدخين كلهم ماتوا بسرطان الرئة!

تحتل دول الاتحاد السوفياتي السابق ودول يوغوسلافيا المفككة المراتب العشر الأولى في كمية السجائر المدخنة لكل شخصٍ من السكان. وبرغم وجود وسائل أخرى للتدخين إلا أن السجائر هي وسيلة القياس المفضلة برغم ارتفاع أسهم الشيشة عندنا. تُراوح اليونان صعوداً وهبوطا ضمنهم، ثم تأتي إندونيسيا والدول العربية والأفريقية. تتغير النسب سنويّاً حسب المعطيات، لكن المؤسف أنها بازدياد عندنا حيث يبلغ ما يقارب 20% من عدد السكان منهم 8% ابتدؤوا التدخين قبل سن الخامسة عشر. لا أريد أن أُكلمك عن مضار التدخين ولا لِم يجب علينا محاربته لأنه أمرٌ معلوم من الطب بالضرورة، لكنني أريد أن أعرف لم تصمت وزارات الصحة العربية وغيرها عن توغل الشركات وتوحشها في التسويق. لا شك أنها تجارةٌ مربحة أيضاً حيث تمثل الإعلانات دخلا جبارا، وتعتمد بعض العروض على حملاتٍ ترويجية مدعمة من وكلاء التبغ. وإذا تجاهلنا كل هذا، فكيف نتجاهل امتلاك بعض دولنا لمصانع للتبغ تمتلكها الدولة بشحمها ولحمها، أو حتى الترخيص للعديد من الْمُصَنِّعِين المحليين الذين يقومون بإنتاج المعسل بكافة النكهات حتى أصبح موروثاً شعبيا!

هنا أصبحتُ أشكُّ في نوايا الوزارة الحقيقية ومدى جديتها في محاربة هذه الآفة خاصّةً وهي تعلم أن نصف من يدخنون حالياً سيهلكون بمرضٍ له علاقةٌ وثيقة بتعاطي التبغ. كما نعلم أن العناية بالمدخنين في مستشفياتنا يستنزف قرابة 1.5 مليار دولار لكل دولة عربية سنوياً. وإذا كان الاعلان عن التبغ محظورا عندك ولا يباع إلا لمن بلغ الثامنة عشر من العمر، فأنت في منتصف الطريق، ولكن اِحذر! فهناك دائماً الشر القديم المتجدد. إنها السيجارة الإلكترونية أو منعدمة الدخان، تَصَوَّر أن شركات التبغ أصبحت تحارب معك التدخين لأنه ضار، وذلك بترويج النيكوتين على شكل لواصق وعلك وسجائر بدون دخان! ما يضمرونه هو تحقيق إدمانٍ لمادة النيكوتين بشكل يَسْهُل امتصاصه ولم يحصل رفضٌ مجتمعي أو قانوني ضده. من سيدخن أولا؟ مراهق لا يعرف ما طعم السيجارة أو إحساس النيكوتين؟ أم آخر جرب أعراض الانسحاب؟ الشركات تَرُدُّ باختيار الضرر المخفف وأن المقصود هم المدخنون أصلاً، ولكن أرقام المبيعات تشير إلى عكس الادعاء، فاستخدام السجائر الإلكترونية يتزايد بين الشباب الغير مدخن، بل يستهدف أولئك الذين نَفَرُوا من رائحة وطعم التبغ الأصلي المقزز لغير المدخنين. حدث ذلك نتيجةً لتصميمها البراق ونكهاتها التي تروق للمراهقين، بل يتم بيعها في الصيدليات أحياناً نتيجة انعدام التوعية والقوانين. هل عرفت لِم سُمّيت حربا؟

الإدمان

كلنا بات يعرف أن المخدرات وسائلُ حربٍ تشنها دول وعصابات على الشعوب. نعرف أن تجارة عالمية كهذه تستوجب رأس مال ضخماً لا تملكه إلا حكومات أو مافيات، ويتم انتقال الأموال بكل سلاسة تاركا الكثير من علامات التتبع، كما بتنا نفهم ما المقصود بغسيل الأموال الذي اكتسى بكثيرٍ من الشرعية حتى صار مجالاً تختص فيه البنوك والشركات وتشتهر به دول وأنظمة. تواجد الْمُهرِّب

الصغير في الزاوية المظلمة من نهاية شارعك يعنى أن وراءه نظاماً محكماً يضمن سلاسة التوريد ونجاعة الحرب على الشعب كافة. من عاشر مدمناً يدرك أنه غير قادر بأي حال من الأحوال أن يفكر في الخلاص أو حتى في أي شيء آخر غير تأمين الجرعة القادمة. لا يمكننا اعتباره شخصاً يحاول التخلص مما هو فيه، ويندر أن يفلح مدمن في التخلص من إدمانه بنفسه. وزارة الصحة عندك تنظر إلى الموضوع بِرُمَّتِه على أنه اعتلالٌ بسيط، بينما هو كابوس مظلم قابع على أنفاس المجتمع، والأهم أنه بإمكانك منعه.

بعد مراجعة سياسات وزارات صحة عربية وجدت أنها تفتقر إلى استراتيجيةٍ شاملة لحرب بمثل هذا الشمول. يحلو لبعض الوزراء إلقاء المهمة على عاتق وزارتي الداخلية (للقبض على التجار)، وعلى الدفاع (للإمساك بالمهربين والسيطرة على الحدود)، في حين يتناسى أن تشعب المشكلة صحي، ويقع العبء الأكبر عليه، وإليك بالتفاصيل: مجرد مراجعةٍ أولية للعقار المدمَن توضح أن الهيروين ليس العدو الأوحد، ففي الولايات المتحدة يدمن 6.2% من السكان الأدوية الموصوفة، بينما ترتفع النسبة في فرنسا إلى 13.2% أي الضعف. الأدوية تختلف بين البلدين، لكن المسكنات، المنومات، مضادات الاكتئاب وصولاً لمشتقات الكوديين تحتل رأس القائمة. الإدمان في روسيا وبريطانيا كحولي بالدرجة الأولى، وناتجٌ عن الإفراط في الاستهلاك مع كل نوبة شرب، حيث أصبح موروثا شعبيا مما يفسر انخراط 52% من الشعب البريطاني فيه. يعزو بعض الخبراء السبب لرخص الكحوليات لدرجة أنها أقل ثمناً بنسبة 45% الآن مما كانت في عام 1980. في سلوفاكيا مثلاً يدمن 13% من الناس الغاز المنبعث من بخاخات الرش المحتوية على "التولين"، وهو نوعٌ من مرققات الصبغ (ثنر) المتوفر تجاريا. إذاً أولى الخطوات تتمركز في البحث الجاد عن أزمتك أنت وما الخطيئة المفضلة للمدمنين عندك.

هنا نفترض أن الهيروين هو ما يهلك بني جلدتك، فهناك الكثير لديك مما ينبغي فعله. لنفترض هنا جدلاً بأنه ماذا لو سمح الجيش للمهربين بإغراق البلد؟ والشرطة للتجار بالبيع ثم للمدمنين بالحيازة؟ فكيف يمكن لهم حقنه في أوردتهم إذًا لم تتوفر لهم الإبر المتواجدة بصيدلياتك؟ ماذا لو كانت الإبر لا تُباع إلا للمستشفيات وذات خاصية إتلافٍ ذاتي بحيث لا نستطيع استخدامها إلا مرة واحدة فقط؟ كيف نفسر انتشار أدويةٍ مخدرة بكثافة بين أفراد الشعب تشجع على الإدمان ومن دون وصفات طبية في صيدليات بلدك؟ بل كيف تفسر اشتغال بعض الصيادلة أنفسهم في ترويج المخدرات؟ ما هي نسبة الربح في أدوية السكر والقلب مقابل مشتقات الكوديين والمسكنات؟ لا نستطيع إنكار أن المتنفذين وكبار الأغنياء بإمكانهم الحصول على كل ما يتمنون، والحقيقة الْمُرَّة أنك لا تستطيع منع إنسان من تسميم جسده، لكنك لا تجعل الأمر ميسوراً للفقراء وقليلي التعليم، بل ومتنفسا لكل ضائق بالحال. انتشار الإدمان بين الطبقات قليلة الحظ في المجتمع ناتجٌ عن إهمال عميق في السياسات الصحية أولا.

ماذا لو أدمن الكثير من مواطنيك عقاقيراً وسموماً عدة لأسبابٍ أنت أبعد عن حلها، فما عذرك في عدم إنقاذهم من الهلاك؟ عندما

يحصل وباءٌ نطارده بكل ما أوتينا من قوة حتى عقر بيته، لكن هذا لا يحصل للإدمان. السلبية هنا ناتجةٌ أساساً من تبلد الإعلام وضحالة وعي الناس عموماً بأبعاد المشكلة. نحن نظن أن مدمناً هنا وهناك طبيعي في ظل الظروف الراهنة الصعبة، وأن هذا الوباء لن يتطاير مع الهواء ليصيب أطفالي. الناس تفزع وتهدأ على إيقاع طبولٍ أنت مُتحكِّمٍ في إيقاعها وبإمكانك شن الحرب كما ينبغي من زوايا عدة. الخطوات مشروحةٌ بكل إسهاب في كتب ومراجع، بل وتُكرَّر في كل مؤتمر لمكافحة المخدرات أنت تحضره سنويا، بل وتحتفل وزارتك بيوم المكافحة العالمي للمخدرات. أنت لا تحتاج لخطةٍ في كتابي هذا، بل إلى التحفيز مدفوعا بتذكيرك بإحصائيات الوفاة من أول جرعة، ثم أعداد أشباه الموتى على عتبات مستشفياتك، ثم من مصروفاتٍ مهلكة لميزانيتك تُصرَف على علاج الكثير من مضاعفات الإدمان الصحية. أنت تحتاج إلى زيارة وكرٍ للإدمان والاستماع إلى أطبائك المشتغلين بتأهيل هؤلاء. أنت أيضاً بحاجة إلى توفير المال لحربٍ ضروس وإلى قرع أجراس الإنذار من هذا الكابوس.

الصِّحَّة النفسية

اعتدنا الاعتقاد بأن "المجنون" وحده من يعاني من مشاكل نفسيةٍ، ثم اتضح أن الإنسان بأحاسيسه ومشاعره توجد لديه نفسيةٌ صحيحةٌ تعتل أحياناً. إن حصر العناية النفسية في فاقدي التفكير أمرٌ فيه الكثير من القصور. المشكلة أننا نحب علاج المرض من منظورنا الشخصي، أو من الجانب الغير معتل، فمرضى التوحد شديدوا التركيز لكن في نقطةٍ واحدة مما يجعلهم مختلفين عن باقي الناس. كما نعلم الآن قطعاً أن الكل معرضون للاعتلال النفسي تماماً كما هم معرضون للمرض الجسدي عموماً. طبعاً توجد فئات من المجتمع أكثر تعرضاً؛ كالنساء والأطفاء ومن بلغ من العمر عتيا، لكن الموظفين والمشتغلين بأعمال ذات ضغوطات يومية هم أيضاً يعانون. كما ثبت تَعرُّض بعض المجتمعات للتعرية النفسية بسبب عاداتٍ منذ القِدم أو كوارث كالحروب، أو حتى أزمات مالية خانقة. كما أثبتت الدراسات منذ القِدم فائدة الترابط الأسري ومنعَه للعديد من انحرافات السلوكيات المؤدية إلى العنف الجسدي والجرائم عموما.

ما يعنينا في هذا الكتاب هو كيفية تعامل وزرائنا مع قضيةٍ شائكة كهذه؛ فبعض الدول تتنصل من مسؤولياتها بحجة انتشار المرض النفسي وأن الكل مضغوط، بعضها يبني مستشفى واحداً لكل الدولة يُنشَأُ كسجن ويهدف أساساً إلى منع اختلاط المجانين مع باقي الشعب. هناك دولةٌ تعاملت مع الصحة النفسية بعنف كامل وقررت تحويل معالجة الموضوع إلى حرب شعواء لم يستفد منها أحد؛ سنقص عليك خبرها بعد قليل. ودولةٌ أخرى حاولت الاستفادة من أراضي مستشفى نفسي بنقله خارج حدود العاصمة بحجة خطورة نزلائه على المارة والحضارة، ليتضح فيما بعد أن أراضيه شاسعة (68 فدان) وثبت تواطؤ الكل في الفساد بعد أن قاوم الموظفون - قبل المرضى - الانتقال.

إلا أنني اخترت سرد قصة تختزل عبثية المشهد عندنا: في بلدٍ من بلداننا أصبح ضريح أحد الأولياء مقصدا لمرضى نفسيين ظن ذووهم أنهم متلبسون بأطياف وأرواح أقلها الجن أو الشرير منهم على أية حال، بعد عقودٍ من الزمن لزم أهل هؤلاء أماكن حول الضريح وقاموا بإنشاء الصوامع البسيطة حيث يعيش ذووهم مكبلين في أصفاد حديديةٍ صدئة بغية قضاء ما تبقى لهم من عمر في هدوء مخدومين من البسطاء. بعد برهةٍ أخرى تحولت المنطقة كلها إلى مستشفى عشوائي قائم على مئات الصوامع بدون أطباء، وصارت مقصداً لكل من عجز الطب الغربي عن علاجه أو قصر وعي ذويه الشرقي عن استطبابه. يحصل هناك تعذيب للمرضى مختلطا بحلقاتٍ من الذِّكر، والكثير من قرع الطبول لطرد الجان وما تَعوَّد تلبس أجساد البشر من الهوام. وككل نشاط منظم يسري المال مغيراً الأيادي لقاء خدمات الإيواء وجلسات العلاج، بحيث صار المرض النفسي محركا للاقتصاد في البلدة كلها. تنشط أنواع عديدة من تجارة المخدرات بين النزلاء والمضيفين بحجة العلاج برغم مكوث 70% منهم دون أي تدخلٍ علاجي على الإطلاق.

قدم ورحل عشرات وزراء الصحة تاركين الوضع بكل ما يحمله من عبثيةٍ وجهل وانتهاك لآدمية 1200 شخص كما هو عليه. بل إن هناك قضايا موثقة صحفياً باحتجاز أناس طبيعيين، منهم طبيب أسنان تم تعذيبه في أحد الغرف بالضريح ليصرخ ويهذي كما يحلو له بعد أن تم اختطافه من قِبَل إخوته ومُشْرِفٍ بالضريح بعد التنازع على إرث. هنا أتى وزيرنا الهمام، وقرر شن حرب ضروس في وضح النهار مستعيناً بالآلة الإعلامية وأساليب الجيش، لدرجة تسمية المخطط بعملية "كرامة"! ما كان الوزير يريد فعله (أو نعتقد نحن أنه كان يريد فعله) وأعلن عنه هو تنفيذ مبادرةٍ متكاملة، ذات بعد طبي واجتماعي وتنظيمي، حيث سيتم تجنيد طاقم طبي من كافة التخصصات، لاسيما الأطباء النفسانيين والمساعدين الاجتماعيين، من أجل تشخيص الأمراض والمعالجة بما يضمن لهؤلاء المرضى الحق في العلاج، وصيانة كرامتهم، سواءً بالمنطقة أو نقلهم إلى المستشفيات المختصة بحسب نوع الحالة المرضية، وكذلك توفير الوسائل اللوجستيكية من سيارات إسعافٍ وسيارات تنقل المرضى وأفراد أسرهم. أخذ التخطيط الدؤوب عاما ونصف، هنا نتوقف لنشكر الوزير الهمام على كل ما سبق ولا نحتاج لنعرف الدوافع وراء هذا القصد النبيل، لكن ما حدث فعلاً كان ضرباً من العبث أكثر مما كان بالفعل قائماً.

ما حصل بالضبط كان عملية نقلٍ وتوزيعٍ لكل نزلاء الضريح على مستشفيات عامة أو متخصصة بأمراض نفسية أو غير نفسية كالجلدية، أحدها النفسي تلقى 181 مريضا في ليلةٍ واحدة مع أن طاقته الاستيعابية هي 138 ومحجوزة بالفعل تماماً. كما تم توزيع ما بين 18 إلى 30 مريض لكل مستشفى ثانوي على أقسام طبٍّ وجراحة غير مؤهلة ولا حتى يتواجد بها طبيب للطب النفسي. في حين تم نقل 40 مريضٍ آخر إلى طابق غير مكتمل التجهيزات في مستشفى إقليمي وضعت فيه أَسِرّة على عجالة. الخلاصة أنه تم توزيع كل مَن كان بالضريح وابتدأت المشاكل. انتحار مرضى بذبح أنفسهم، أو بإلقاء أنفسهم من النوافذ، اقتحام مرضى لغرف العمليات وحضانات الرضع ومضاجع النساء. جُرْح مرضى عاديين بأقسام الطب بعد أن هاجمهم مريضٌ مُرَحَّل بسكين أثناء نومهم. تجول عرايا بالشارع بعد هروبهم من المستشفيات محدثين فوضى وهلعاً بالطريق السريع، راشقين السائقين بالحجارة، كما ارتفعت أعداد

المتسولين وآكلي بقايا النفايات ومفترشي الطرق ومتلحفي السماء، إضافة إلى ارتفاع نسب التلوث وتعفن الأطراف والوفيات بالأقسام. في خضم هذا كله زاد عدد نزلاء أضرحةٍ أخرى كانت تشتكي قلة الزائرين من قبل، وانتقل إليها خبراء طرد الأرواح الغازية لأجساد البشر والعلاج بقرع الطبول والأناشيد.

ما كان يجب فعله هو بناء مستشفى أو اثنين للصحة النفسية أو تأهيل القائم أصلاً مع تجهيزاتٍ وتوظيف لأطباء ومختصين بالسلوكيات. كما كان ينبغي ترغيب أهالي المرضى بعرضٍ بديل مُغرٍ، لا الإخلاء القسري وخاصة عندما يتعلق الأمر بخرافات عابرة للأجيال تقبع داخل اللاوعي للمجتمع عموماً. يحق لنا الآن أن نسأل سؤالين: فيم أمضى العام ونصف من التخطيط؟ وهل كان لانتخابات مجلس الشعب بعدها بثلاثة أشهرٍ أي علاقة علما بأن وزير الصحة ينتمي لحزب أقلية ويسعى لمقاعد أكبر بالبرلمان؟

إذا كنا في منأى عن مخاطراتٍ عظمى بقلة تخطيط ونقص إمكانات، فما يمنعنا من جهد بسيط بل ثانوي كخط ساخن لليائسين من الحياة، وآخر لضحايا العنف النفسي، وثالثٍ للمصابين بالوسواس القهري، وربما خط للأطفال ليبوحوا بما يعانون منه نفسيا؟ لم نصل بعد لإدراك ما يعنيه حوارٌ صريح متفهم على نفسية وسلوكيات الإنسان بما يضمن منع كوارث كالانتحار أو إزهاق روح، أو حتى الشعور بالكراهية تجاه المجتمع. أُقِرُّ بأن كل هذا يحتاج إلى إرادةٍ أوّلاً، وإلى تخطيط بسيط يكبر مع إخلاص العمل. في الغرب تعتبر الوقاية النفسية في قمة الخدمة الطبية، وتمثل معياراً لاهتمام الدولة ككل وشعب - ممثل في منظمات غير ربحية ومجتمعية معفاة من الضرائب - بالإنسان.

الحج

نعرف كلنا باجتماع المسلمين من أنحاء العالم لأداء الفريضة في مكة المكرمة مما يقسم العالم العربي صحيّاً إلى مُوفِدٍ للحجيج ومُستقبِلٍ لهم. وإذا كنتَ وزيراً للصحة في بلد الحرمين فأنت في ورطةٍ لأنك لا تستطيع التحكم في صحة أو حتى في عمر أيٍّ من ضيوف الرحمن. كما أنني ألمس قلة الصلاحيات لوزير الصحة بوجود إداراتٍ متداخلة، واستنفار أشبه بحالة الحرب هدفه إنجاح الموسم عاما بعد عام، لذا سأوجه كلامي هنا لباقي الوزراء في أي بلدٍ عربي يلبي مواطنوه نداء الحج السنوي.

يكفينا نظرةٌ واحدة على جمع من حجاج بيت الله لندرك تفاوت أعمارهم، مع جنوح ظاهر نحو أواخره، واختلاف بنائهم الجسدي، مع جنوحٍ نحو السمنة أو النحافة، وأخيراً احتياج الكثير منهم لوسائل تنقل واعتمادهم على الغير. كل هذا يشكل عوامل صحية سلبية

ويزيد من المعوقات لأداء شعائر الحج بدون مضاعفات. في البدء لن نتكلم عن ما تفرضه السلطات على العازمين للذهاب للحج، ولكننا سنهتم بما يجب عليك فعله لكي تضمن سلامة مواطنيك (وباقي إخوانهم المسلمين) خلال تأدية فريضة العمر. لا نستطيع تحديد عمرٍ أقصى لأداء الفريضة لعدم وجود مُسَوّغٍ شرعي، لكن وجوب شرط الاستطاعة يمكنك من التأكد من قدرة من ينوي الحج على الحج فعلاً، فلا يُسمح لمصاب بالفشل الكلوي مثلاً أو ضعيف البنية المحمول على الاكتاف بالحج. أنت بذلك لا تحرمه أجر الحج فهو له ما دام قد أخلص النية، ولكنك تمنعه من إهلاك نفسه وجر الحجيج ممن معه في دوامةٍ قد تفضي إلى التهلكة. إن احتياج حاج إلى العناية الدائمة من أحد أبنائه مثلاً يمنع الابن من العديد من الفرائض، ويضع عبئاً إضافيا على الحملة ككل، كما أنه يحرم حاجا آخر معافا من نفس المكان. هنا تبدأ أول أغلاط قرعة الحج بإعطائها لمن بلغ من العمر عتيّاً أوّلاً، يجب أن يكون لديك معيار بدني أدنى للفريضة لأنها بدنية في المقام الأول، وتزداد بتقلبات الطقس أيام الحج مع الزحام الشديد والتنافس في كل شيء. حسناً، من يسمح للمعاقين والأطفال والنساء الحوامل بالحج؟

يجب أن نتفق بأن المسلمين يلبون النداء من كل فجٍّ عميق باختلاف مسالكهم وبيئاتهم، الكثير منهم معافون صحيّاً، ولكن الكثير أيضاً حاملون لأمراض عدةٍ وفيروسات متنوعة بدرجات مختلفة من التحور، وما البرد المصاحب للحج إلا مثال بسيط على ذلك. الوقاية الفعالة (الإيجابية) بالتطعيم الإجباري لكل جرثوم يُعرف انتقاله بالهواء هو أمرٌ ضروري، كما أن الوقاية السلبية كالكمامات أمر ضروري أيضاً. أرجوك أن لا تعطيهم كمامات واقيةً من الغبار وتزعم بأنك بذلك تسدي خدمة لهم، فأنت تعرف أنها لا تسمن ولا تغني من جوع. وهنا نأتي لسؤال جوهري: كم هي قيمة المواطن عندك؟ توفيرك للنفقات في بلدٍ غريب عنه وإن تآلفت قلوب الجميع فيه أمر غير مبرر. أنا أزعم أن كل ما سينفَق على الحاج عندك من وسائل وقايةٍ أرخص من تكلفة نقل نعشه، فما بالك بكارثة خارجة عن نطاق سيطرتك كتهدم بناء أو اندلاع حريق!؟ ولكن هل بالإمكان تلافي الوفيات في جميع حالات الطوارئ في الحج؟

هذا النقاش يجرنا لسياستك بالنسبة للحج، فهو -كما أراه- إدارةٌ للمخاطر، والهدف هو إصابات بنسبة صفر. هذا عِلم واسع يُدرَّس بمنهجيات، حيث أنك لا تنتظر وقوع الحوادث لتمنع تكرارها في العام التالي، بل ينبغي عليك تخيل السيناريوهات المحتملة للمخاطر مهما كانت ضآلتها لتسد كل الثغرات التي يمكن أن تؤدي إليها قبل وقوعها. كما أن تراخيك أو اعتمادك على ما تقوم به السلطات هناك هو تقصيرٌ طالما أن بإمكانك منعه في مكان آخر من العالم. إن الوعي الصحي بما يجب القيام به لتفادي نشوء حريق هي أول الخطوات، يعقبها طرق الإخلاء من المباني والخِيم، ثم التصرف في حالات الاختناق، ثم المعالجة الأولية في الموقع مع وجود عدد الإسعافات الأولية في متناول الجميع بعد التدريب عليها. نفس الشيء يقال عن تدريبات التحكم في الحشود وأساليب التنقل بالفوج. اِسأل أي شخصٍ حجّ سابقا ليحدثك عن زرافات الحجيج ذات الكتلة الواحدة التي تسحق كل من صدف تواجده بطريقها.

يوجد عندنا تاريخٌ عريق مكون من أكثر من 1400 تجربة للحج وما زلنا نسمع بحوادث متكررة وأخرى جديدة. إن موت حاج واحد أمرٌ يبعث على الأسى - وإن كان سيُبعث ملبيا - ونحث ذويه على الصبر، ولكنه لم يقصد الحج ليموت، بل ليعود من حيث جاء سليما معافى. كما يجب على السلطات إلزام الحملات بضرورة تواجد طبيبٍ لها، ولكن لا يوجد نظام فعلي يضمن تواجده فعلا، وإن تواجد فلا يتواجد الدواء أو حتى جهاز علاج الأزمات القلبية (ايه أي دي)، حيث يكون من المستحيل تقريباً إنقاذ إنسانٍ أصيب بأزمة قلبية بعد مرور أكثر من عشر دقائق على حدوثها، وهي مدةٌ غير كافية بالطبع لوصول المسعفين المدربين أو نقل المريض للمستشفى. كما أن بعض الحملات توظف طبيباً غير مُدَرَّبٍ للتعامل مع الطوارئ أو كبار السن. هل يتم تقديم وعي صحي يقي من الجفاف، الإنهاك، ضربات الشمس، الاختناق أو توفير وسائل مساعدة للحد من هذه المخاطر؟ هل هناك تصميمٌ لكراسي المعاقين حركيا يضمن سهولة التنقل وعدم إحداث المزيد من الازدحام؟ عانيت شخصيّاً من جروح في ساقي من جراء كراسي متحركة كانت تحصد أرجل الحجيج أمامها حصداً تستخدم أساساً لفتح طريق للفوج.

العيادات المتنقلة والقوافل الطبية

أثناء إجرائي لدراسةِ أوضاعِ مثل هذه العيادات عندنا اتضح أنها سلاحٌ ذو حدين. هي في الأساس سيارة يتم تجهيزها لتمضي من بلدة إلى بلدةٍ مقدمة خدمة طبية استثنائية؛ كطب أسنان أو وقاية من عدوى أو حتى كشوفات استباقية. ثم تحول الأمر إلى تقديمها لخدماتٍ أساسية كان يجب أن تتوفر في المراكز الصحية ابتداء؛ كالتطعيمات وأجهزة الكشف فوق الصوتي (السونار) وخدمات النساء والولادة، بل حتى للعناية الأساسية بمرضى السكري. أصبح اعتيادياً تخدير قاطني الريف والربوع بالعيادة المتنقلة حتى يُبرَّر عدم إنشاء نظامٍ صحي حقيقي. ولكي لا نخدع أحدا، فإن الأطباء لا يحبون الإقامة بعيداً عن المراكز السكانية نظراً لقصور الخدمات عموماً بها، مما يجعل ساكني الأرياف والبوادي أقل فئات المجتمع استفادةً من الخدمات الصحية. هذا كله لا يعني أن نغفل حاجتهم إلى الخدمات الأساسية بحصره في سياراتٍ لا تزورهم إلا كل حين وآخر تحت رحمة الظروف أو ميزانيات التشغيل. الاستغلال الأمثل لمثل هذه العيادات يتمثل في الخدمات الوقائية، التوعوية أو ذات التخصص الغير متوفر في المراكز الصحية الأولية. بمعنى عملها كطرق مساعَدَةٍ لتوعية صحية أو كشوفٍ استباقية أو توزيع الكتب وعرض الأفلام التعليمية.

التبرع بالدم ونشر ثقافة العطاء تدْخل أيضاً ضمن نطاق الاستفادة من هذه العيادات، حتى وإن تمتعت بها المراكز العمرانية كالأسواق التجارية والأماكن العامة. ولكن يجب أن نحذر من شبهات الفساد التي تأتي من وراء تشغيلها. فلقد اتضح أن الكثير من ضعاف النفوس وبتآمر من إداريي الوزارة قاموا بسرقة أموال؛ ابتداءً من شراء سيارات عادية والزعم بأنها مجهزة خصيصا، أو تُبعثَر الأموال في تجهيزها، مروراً بفرض عمولات على سيارات مجهزة حقّا، إلى صرف مرتبات وحوافز تشجيعية لساعات عمل إضافية، بينما القائمون

عليها قابعون في أمكنة يصعب على الناس الوصول اليها أو معرفة لِم هي هنا من الأساس. كما أُثبِتَ إهمالُ وزيري صحة متتاليين في تشغيل عشرةٍ من العيادات المتنقلة والتي أهديت للوزارة من شركة اتصالات لمدة ثمان سنوات، ظلت العيادات رابضة لسبب بسيط ألا وهو عدم تحويل ملكيتها من الجهة الواهبة إلى وزارة الصحة، رغم أن الشركة المانحة قد وجهت عناية المسؤولين بمراسلاتٍ رسميةٍ دون أن يحدث أي تطور في الأمر، إلى غاية تدخل وزير عُيِّن حديثا وعرف بالأمر من مندوب مجلس شعب أخبره باحتياج أهالي دائرته الانتخابية للعيادة. استغرق الأمر عشر دقائق فقط لتحويل ملكيتها ولتبدأ العمل. مَن المسؤول عن إهدار صحة الناس في هذه الحالة؟!

تمت عدة دراساتٍ تبحث في مدى استفادة الناس عامة من مثل هذه الخدمات، لتتفاوت من فائدة عظيمة في طب النساء والأطفال، بل وحتى توعية فئات الشعب المتنقلة كالبدو أو غير القادرة على الوصول لمراكز صحيةٍ ثابتة كحالات الحرب. أو عديمة الفائدة كجهاز تخطيط للقلب متنقلٍ لا يُجرى لأحد، لأن من يعاني من القلب لن ينتظره، ومن لا يعاني لن يجري الفحص. تصميم مثل هذه العيادات يجب أن يأخذ بالحسبان طبيعة الشعب المخدوم بها، ففي بعض الأماكن النائية امتنعت النسوة عن استخدامها لإحساسٍ بانتهاك الخصوصية عند دخول أو خروج السيدات من العيادة؛ نظراً لتوقفها في أماكن ظاهرةٍ للعيان، حيث يتمكن كل المحيطين بالعيادة المتنقلة من المارة من معرفة هوية مستخدميها. في أماكن أخرى لم تُستخدَم لجهل الناس بما يمكنها تقديمه، ولما تم استخدام مكبرات الصوت في المساجد قبلها بثلاثة أيامٍ للتعريف بالخدمات، تقاطر الناس إليها. سُجّل أيضاً عدم اهتمام بتواجدها ناتج عن اقتناعٍ - مبرَّر أحياناً - بأن جودة الخدمة المقدمة من الطبيب الخاص تفوق تلك المقدمة من العيادات المتنقلة. هذا بِغَضّ النظر عن انعدام معرفة موعد الزيارات القادمة - إن وُجدت - لمتابعة العلاج وتقييم الحالة، مما يستوجب تعديل استراتيجية الإعلان عن جدول العيادة المتنقلة، المتعلق بموعد الزيارة ومكان الانتظار، في البوادي والنجوع.

فك الارتباط

ربما كان من الأصح بدء الكتاب بهذا الفصل لأنه قد لا تتاح لك فرصة إنجاز ما ورد به لقصور الهمة أو انعدام الصلاحيات. ربما ما سيحدث هو تكالب الأشرار عليك وتلويث الإعلام لسمعتك بعد أن تبين لهم مدى الضرر الذي أنت محدثه في منظومة الفساد. ولكن أغلب الظن أن من وَلّاك لم يَطِب له انتقالك من موقف المتفرج المستنفع - المشارك في خداع الشعب لصالح فئةٍ فاسدة مفسدة - إلى خانةٍ تفضح فيها عجز من قبلك وتواطؤ من بعدك. هنا قد يقرر من أراد جعلك خَيّال مئاته - إبتداءً - تغيير المراد منك إلى كبش فداء أو قربانٍ بشري، كنوعٍ من تخويف الغير وضرب عبرة للباقي.

يوجد لدينا أمثلةٌ لمدراء مستشفيات، وعدد معدود من الأصابع لوزراء قرروا الاستقالة طواعية، بعد أن زال بريق المنصب واتضح عمق المأزق وقلة الاستطاعة. هناك استقالاتٌ كانت بسبب اكتشاف مكيدة مدبرة منذ البداية، أي مشروع التضحية بك للتغطية على هدفٍ سياسي آخر، فمن يقرأ في الصحف اكتشاف السلطات لوزير فاسد متلبس بالسرقة لن يتابع التفاصيل ليخلص إلى براءتك. هنا يجب أن تقف وتفكر برهة، لماذا أنت بالذات لمنصب الوزير؟

الحقيق بأنك كقبطان السفينة مسؤولٌ عن كل شيء فيها، حتى التقصير وعدم المعرفة، فالأصل إدارتك للوزارة برمتها. في 70% من حالات الفساد في وزاراتنا عامة يكون الوزير غير متورطٍ، بل لا يعرف بما تم من سرقات، لكنه يحاسَب حتى لو لم يكن لديه علم، لأنك أجزت توظيفهم (أو إقرارك ببقائهم) والقيام بالعمل دون متابعةٍ. الأمر أحياناً يتعدى حالات رشاوي وفساد إلى شبهات جنائية، كالتآمر على قتل شريحةٍ من مواطنيك باستيراد دواء مسموم أو لقاح غير فعال لوباء عاجل، أو حتى التقصير في إجراء كالحجر أو الوقاية من كارثةٍ محدقة. المبادئ في هذا الموقع بالذات تُعامل بالكثير من الحساسية، فمن يظهر رفضه للظلم لا يصح تراخيه عن إجراءاتٍ مؤكدة لقمع مرضى أو المبتلين بداء مخصوص كالمدمنين، أو استوجب قتلهم عمدا في شوارع مدنك. كما أؤكد لك أن الناس بطبعها تتفاعل أشد وأكثر مع أحداثٍ مفجعة أو كوارث، لكن السياسات الخاطئة أو عدم التصرف من الأساس يدخل أيضاً ضمن الإهمال.

لِما سبق من الأسباب استقال ويستقيل وسيستقيل الوزراء من مناصبهم في الدول المحترمة عموماً، ومن دولنا في أضيق الحدود. النتيجة حتميةٌ إذا ثبت التورط الشخصي أو التواطئي بالتجاهل من قِبل الوزير، سواء انتفع مادّياً أو لم ينتفع، إلا أنه في الحالة الأولى أَوْثَق وأَوْقَع. كل ما سبق يعتمد على إحساس المسؤول بالمسؤولية، ولكن السياسة تُدخِل عوامل أخرى كثيرة إلى اللعبة، وأنا في حِلّ من التأصيل لها هنا، ولكنني أسرد عليك بعضاً من هذه الحُجج؛ كعبارة أن "الناس انتخبتنا لنتحمل المسؤولية لا أن نتنصل منها"، أو كقاعدة أن "الطريقة الوحيدة للاستمرار بالسياسية هي ألا تعتذر أو تستقيل" أو أن "استقالتك ستفضي لنقض التكوين الحكومي بإخلال نسبة الأحزاب المشاركة". في هذا الكتاب نخاطب الإنسان الوزير ذا الاسْتِقامَة والنزاهة من أعلى معيارٍ، لا المتلاعب بالسياسة ليحصل كل فاسدٍ على مبتغاه.

قد يحصل تهديدٌ لسلامتك الشخصية أو لسلامة من تحب، وقد يحصل ابتزاز واضح وصريح، وفي مثل هذه الحالات يجب أن تتبع ما يمليه عليك ضميرك، فالثمن دائماً يكون غالياً. كم من الناس ستفتدي رفاهيتك؟ أنت لا تضحي هنا بأرواح معدودة، بل وتساهم في تأصيلٍ لأخطار عابرة للأجيال. أنت في موقع يسهل فيه قتل الأطفال كما يسهل فيه قتل العافية في مجتمع بأكمله لمجرد التغاضي عن إصدار قانونٍ مُنَظِّم للقاح، أو حتى تغافل عن تدعيم منتج غذائي. لا تحسب أن القبوع وراء مكتبك ساكنا يعني عدم حصول

الضرر، بل على العكس تماماً؛ فأنت هنا تخدم كل مفسدٍ بتوفير الغطاء القانوني لمفسدته. تكبيل يديك من قِبل من عَيَّنك وتقليص صلاحياتك لا يعني أن تمكث كشاهد زورٍ على تزييف وعي الشعب. قرأت مرةً استفتاءً لوزارة صحة يزعم الوزير فيه بأن 82% هي نسبة رضاء المرضى عن خدمات المستشفيات والمراكز الطبية، بينما تعج الصحف والمواقع على الإنترنت، بل والقصص الشعبية وحديث المدينة بالإهمال والتسيب، وصولاً للتربح من معاناة المرضى.

مِن رَحِمِ كل هذه المآسي أعرف وزير صحةٍ واحداً أُقيل بعد توليه المنصب بأقل من ثلاثة أشهر، بسبب حوار دار بينه وبين أحد المواطنين خلال زيارة الوزير للمستشفى، مُطالباً بطائرة إخلاءٍ وتنجيد مقاعدها لوالده، مع الاهتمام بالأخطاء الطبية وبمرافق المنشآت الصحية. ما أجاب به الوزير كان حادّاً، ولكنه أصر على عدم تجاوز اللوائح، مؤكدا أن المريض سيُعامل حسب النظام والإمكانية. السبب الأساسي للإقالة كما هو واضحٌ هو تصادم الوزير مع الشخص في الحوار مما أنشأ حملةً شعبية لإقالته. من هذا نتعلم درسا بأن الحق الواضح الصريح يجب أن يغلف بالكثير من التفهم والصبر. يجب القول بأن هذا الوزير المقال هو رابع المتمتعين باللقب في عام واحد. الكثير من المراقبين عزوا الأمر لعدم استقرار سياسات الحكم وترهل هيكل الوزارة بحيث أضحى من المستحيل التغيير دون المساس بأصلها وتكوينها الحالي. في واقعةٍ أخرى تمت إقالة الوزير بعد شهر من سحبه إدارة البعثات الخارجية للعلاج من وكيل مساعد، وما كان يجب أن يفعله هو أن يفصل الوكيل ابتداءً لكي لا يسمح له بإغراق الوزير بالمؤامرات لاحقا.

في محاولةٍ لنظرة أعمق وأَجَلّ، أنصحك بأن لا تغفل موقف باقي الوزراء من التغيرات المقلقة في وزارتك، فأنت تلعب ضمن منظومة معقّدةٍ من الأسماء والمناصب تعتمد على ميثاق شرف فاسد في مجمله؛ كالمطّبق بين أعضاء المافيا.

كتابة كتاب

لا يجلس أحدنا متدثراً بنية كتابة قاموس ليكتب، بل يكون عبارة عن أفكار متناثرة يحاول الكاتب الإمساك بتلابيبها وتلخيصها. إنه بذلك يحاول إسداء النصح لشخصٍ افتراضي أتى طالبا المشورة. ربما لن يأتي، ولكنه يُدوِّن ليستريح ضميره من كلمة الحق الثقيلة الجاثمة على صدره. تتجمع الأفكار لتأخذ بأيدي بعضها البعض، فتصبح مَقالاً ثم مقالاتٍ تنمو بالتعهد. كلما نظرت إليها كلما وجدت نقصاً وشذوذاً، فلا يسعك إلا التحسين والتنميق مع تفصيل ما تحسبه يُشْكِل على بعض القراء، فيتسع رويدا رويدا؛ كجدول يغذيه نهر متجمد فيصبح كتاباً متعدد الفصول والتوجهات.

أهمية سردك للأحداث والوقائع، بل للكيان الوزاري كما عشته كوزيرٍ في غاية الأهمية والندرة على حد سواء. في العالم المتحضر يستطيع وزيرٌ أو رئيس أو حتى قائد لجيش كتابة تجربته بحلوها ومرها وبلحظاتها العصيبة. كل هؤلاء قد وافقوا على "اتفاقية للسرية" أصبحت جزءً من الوظيفة وينبغي الحفاظ عليها، ولكن تفاصيل الحدث لابد أن ترى النور حتى يعلم الناس الكيفية والوسيلة في فهم أحداثٍ أثّرت بشكل وثيق على حياتهم. من أروع الأمثلة تسريب أحد أعضاء لجنة جوائز نوبل للكيفية العرجاء المتبعة لجوائزهم عن السلام، وذلك احتجاجاً على إعطاء الرئيس أوباما جائزة نوبل المرموقة بعد أحد عشرة يوماً من توليه منصبه، وبالتالي انعدام أي منجزاتٍ فعلية تستلزم إعطاءه أي جائزة فما بالك بنوبل. ما دفع السيد لونديستاد لنقض اتفاق السرية هو خيبة الأمل المستمرة منذ 2009 حيث سينهي أوباما فترته الرئاسية الثانية قريباً بدون أي إنجازات فعلية على الأرض، وبالتالي فما أُرتُكِبَ (وعارضه هو ابتداء) خطأ جسيم. تصور أن يجازف السيد لونديستاد بالدخول للسجن على سنه الكبيرة في سبيل أن يثبت أن خطأً قد حصل ويضمن عدم تكراره من لجنة مرموقة كنوبل. أنت كوزيرٍ يموت عندك الكثير نتيجة التقصير والإهمال أو الفساد والتواطئ، ولا زلنا لا نعرف كيف يتدبر الوزراء أمورهم. إنه لمن المحزن حقّاً أن نعرف عن نمو المافيا وميثاقها السري أكثر مما نعرف عن الهيكل التنظيمي في الوزارة وأين تُبعثر الأموال، ولِم نحن دائماً في الدرك الأسفل من الجهالة والمرض.

أنا هنا أرجوك أن لا تأخذ أسرارك معك إلى قبرك، فإن عجزت في حياتك عن البوح بما حصل، فلا تبخل بإيداعها طي صفحاتٍ تُنشر بعد موتك. الحق يقال أن كيفية إيصال المعلومات للجيل الجديد من القراء متاحٌ بكل الوسائل ومدعوم بخصوصية حجب المعلومات الشخصية إذا كنت لا ترغب بذلك. كل ما يفعله الكتمان هو السماح للمفسدين بالعبث في منظومة صحتنا وغذائنا لعقودٍ قادمة. أحياناً يحجم الإنسان عن البوح بما عجز عن فعله بل يستصغر نفسه وهمته، فيُحَلِّل لنفسه كتمان الشهادة. لا تعتبر نفسك مقصراً في العمل، فلربما كان عملك دخول المنظومة والتعرف على آليات عملها، ولتترك الحكم والعمل لتحسينها أو تطويرها لشخص ربما قرأ كتابك أو أعجزه نقص العلم عن العمل. نحتاج للكثير من الهمم والمعرفة حتى نتخلص من متلازمة الجوع والمرض. كم من الثناء يجب أن نعطي كل من حَذّر من فسادٍ، أو نشر وثائق تثبته، أو حتى دَلّ فريقاً صحفيا على صفقة مشبوهة لينقذ أرواحا بريئة غافلة؟

الْخَاتِمَة

هذا الكتاب هو محاولةٌ صغيرة للتغيير، للانتقال إلى سياسات صحية تهزم المرض والجهل في بلادنا. لو افترضنا حُسن التأهيل في وزراء الصِّحَّة لدينا لكان ما في الكتاب هو البداية لعالمٍ عربي خالٍ من المعاناة. هناك من سيقول أنه كلام نظري ولا سبيل لتحقيقه لألف حجةٍ وسبب: فأقول له: ألا تتركني أحلم؟ إن جُلّ ما أحلم به مطبق على أرض الواقع عند العديد من الدول فلم ليس عندنا؟ هل المشكلة في الجينات وتكوين الدم العربي أم سوء الإدارة المتعمد في أغلب الأحيان من قِبل القائمين على أمورنا؟ قد تستغرب مدى تفاؤلي بعد قراءتك للكتاب الذي أخاطب فيه شخص وزيرِ صِحَّةٍ تولَّى لتوّه المنصب، وكأنه المُخَلِّص من السماء، ربما يكون كذلك فعلاً. هذا الكتاب هو محاولة، وكل ما أرجوه هو أن ينشئ سيلا من الأفكار عند أحدهم ليحدث فرقاً في كمية الألم والجهل والمرض الذي نعانيه.

لا يوجد شيءٌ أشد صعوبة في التخطيط، ولا أقل حظاً من النجاح، ولا أشد خطراً من بدء نظام جديد. لأن العداوة لمُنشِئ النظام شديدةٌ من كل المنتفعين القدامى، والترحيب ضعيفٌ من المستفيدين المحتملين. نيكولو مكيافيلي